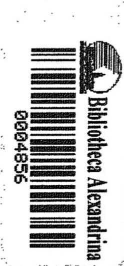
سيكولوجية

الإدمان

تاليف

الدكتور فاروق سيد عبد السلام

كلية التربية - جامعة الملك عبد العزيز



الناشر

عالم الكتب

٣٨ شارع عبد الخالق ثروت - القاهرة

سيكولوجية

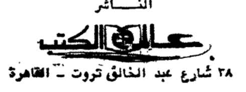
الإدمان

تأليف

الدكتور فاروق سيد عبد السلام

كلية التربية ـ جامعة الملك عبد العزيز

الناشر



٣٨ شارع عبد الخالق ثروت ـ القاهرة

بسم الله الرحمن الرحيم

وهُدُوا إلى الطَّيِّبِ مِنَ القَوْلِ

وهُـــدُوا إلى صِرَاطِ الحميـــدِ

« صدق الله العظيم »

مقدمة

هذا أول كتاب أقدمه للمكتبة العربية فى مجال الصحة النفسية . وموضوع الكتاب هو سيكولوجية الإدمان ، وقد حصل به كاتب السطور على درجة الدكتوراه فى الفلسفة فى علم النفس تخصص صحة نفسية من كلية التربية جامعة الأزهر ، وذلك بمرتبة الشرف الأولى مع توصية بطبع البحث على نفقة الجامعة وتبادله مع الجامعات الأخرى . وقد اكتفيت بهذه التوصية وساما لى ، وآثرت أن أقوم بنفسى بنشر البحث .

موضوع الكتاب – إذن ، بحث عن العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بادمان الأفيون . ولقد اتبعت فى بنيان البحث المنهج التكاملى والمنظور الشامل الموسوعى ، فقمت بعرض للمشكلة من مختلف جوانبها ، التاريخية والإجتماعية والقانونية والطب نفسية والفارماكولوجية والنفسية .. وذلك بعد مقدمة عن الحجم العالمى والمحلى للمشكلة وعن أهمية الدراسة نظريا وتطبيقياً . ثم قمنا بعرض لأبعاد المشكلة فى مصر . وتلا ذلك عرض لمشكلة البحث وفروضه والدراسات السابقة في هذا المجال .. وفصلنا القول فى تعميم البحث ونتائجه وتفسير هذه النتائج .

وفى هذا المقام أود أن أطرح قضيتين أساسيتين .. الأولى قضية تتصل بموضوع الكتاب وهى ظاهرة الإدمان ، والقضية الثانية تخص مجال العلوم الإنسانية بعامة وعلم النفس بخاصة ، ألا وهى قضية التأليف والترجمة .

وبالنسبة للقضية الأولى فان الإدمان أصبح سمة من سمات هذا العصر ، أو قل أنه أصبح عصر الإدمان الواسع ، لم يعد الإدمان قاصرا على طبقة

من الطبقـــات أو على قلة منحرفة ، ولكنـــه أصبح مستشريا بين كل الطبقات وكل الفئات المهنية والعمرية . أصبح مثل النار التى اشتعلت فى الهشيم . نار بلغت ذروتها بين فئة الشباب الذى تعتمد عليه أى دولة سواء فى الإنتاج أو الخدمات .

إننا نرى هذه الظاهرة بوضوح شديد لدى المجتمعات المتقدمة سواء فى أوروبا أو فى الولايات المتحدة الأمريكية . إن أرقام المدمنين فى تزايد مستمر على الرغم من الجهود الجبارة التى تبذل لوقف هذا الطوفان . إن كل يوم يمر يحمل معه اكتشاف عقاقير جديدة قابلة للإدمان ، وكل يوم يدخل إلى دائرة الإدمان السوداء العشرات والمئات من البشر .

وعلى الرغم من ذلك فانه لا توجد خطة واضحة علمية لمواجهة هذا الوباء فى المنطقة العربية بعامة ، وفى مصر بخاصة . إن التصاعد فى العقوبة وحده ليس بكاف ، والايداع فى مستشفيات للأمراض العقلية لفترة محدودة ليس بكاف ، ووجود عيادة خارجية واحدة فقط فى القاهرة ليس بكاف . إن المطلوب أكبر بكثير من ذلك .. ومن وجهة نظرنا فان المطلوب الآتى : —

١ — وضع خطة تربوية طويلة الأجل تضمن إلى حد كبير عدم وجود شخصيات مستهدفة للإدمان ؛ ذلك أن الإدمان فى جوهره مشكلة نفسية بالدرجة الأولى .

٢ — وضع خطط متوسطة الأجل — وقائية وعلاجية — يشترك فيها متخصصون من جميع الفئات ، وعلى سبيل المثال لا الحصر يجب أن يشترك فيها خبراء نفسيون — أطباء نفسيون — خبراء اجتماعيون كيميائيون — خبراء شرطة — رجال قانون — رجال دين — اخصائيون فى الفارماكولوجى — خبراء تربية — مدمنون سابقون .

٣ – الاستفادة من كل الخبرات الدولية التى تمت فى هذا المجال، وذلك بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية (W.H.O.)

لقد بدأت فى محاولة لإنشاء مركز لعلاج الإدمان بالتعاون مع الدكتور محمد شعلان رئيس قسم الطب النفسى بكلية الطب جامعة الأزهر ، على أن يكون تابعا لجامعة الأزهر ، وأن تسهم فى إنشائه منظمة الصحة العالمية . وإنى أدعو الله أن يتم هذا المشروع ليكون نواة لمركز علمى للإدمان لا يخدم مصر وحدها بل المنطقة العربية كلها .

أما بالنسبة للقضية الثانية وهى قضية التأليف والترجمة فى مجال العلوم الإنسانية بعامة وعلم النفس بخاصة .. فان من رأينا أن يقتصر مجال التأليف على الآتى :

١ – الرسائل العلمية ؛ إذ عادة ما يبذل فيها الجهد كل الجهد من قبل الباحث ومن قبل المشرف على البحث. وتعد هذه الرسائل لبنات طيبة يجدر نشرها حتى تفيد جميع العاملين فى المجال .

٢ – البحوث ووجهات النظر العلمية الجديدة التى يقدمها المتخصصون .

أما بقية جهودنا فأرى أن توجه إلى الترجمة كل فى مجاله وبأقصى طاقاته حتى نوفر لطلابنا وأبنائنا كما هائلا من المعرفة باللغة العربية . كم قد يساعدهم على الابتكار وعلى الخلق . إن علينا واجبا هاما وجوهريا هو سد الثغرة أو الهوة الثقافية والعلمية الموجودة بيننا وبين من سبقونا فى الدول الأخرى ، وبخاصة فى الولايات المتحدة وانجلترا . لقد نشطت حركة الترجمة أيام الدولة العباسية مقدمة للنهضة العربية والابتكار العربى وقت أن كانت أوروبا فى ظلام العصور الوسطى . ونشطت حركة الترجمة من العربية إلى أوروبا مقدمة لعصر النهضة . وآن لنا أن نتولى حركة للترجمة

قد تكون معبرا إلى نهضة عربية فى مجالنا العلمى ، وإلى ظهور مبتكرين ومنظرين عرب .

وأخيرا وليس آخرا .. فاننى أقدم موفور التقدير والاحترام والإجلال إلى كل من تعلمت على يديه حرفا واحدا من المعرفة ، وهم كثيرون .. جزاهم الله عنى جميعا خير الجزاء .

دكتور فاروق سيد عبد السلام

مكة المكرمة

١٣٩٧ هـ — ١٩٧٧ م

الفصل الأول

- مقدمة عامة .
- الحجم العالمى للمشكلة .
- الحجم المحلى للمشكلة .
- الأهمية النظرية للبحث .
- الأهمية التطبيقية للبحث .
- الخطة العامة للبحث .

« كان انتشار تعاطى المخدرات أخطر ما واجهته مصر من المشاكل الاجتماعية فى السنين الأخيرة ، ومع أن البلاد تعرف هذا الداء منذ أمد بعيد ، إلا أنه نما واستفحل فى الفترة التى تلت الحرب العظمى حتى أصبح خطرا اجتماعيا يهدد شره مجموع السكان .

أليس كثيرا أن يقدر عدد المدمنين على المخدرات فى سنة ١٩٣٠ بخمسمائة ألف فى مجموع السكان البالغ أربعة عشر مليونا ؟ » .

(محمد محمد بخيت الملاح ١٩٣٨)

أولا : مقدمة عامة

إذا كان من مسميات هذا العصر المتعددة أنه عصر القلق فان الباحث يستطيع أن يسميه عصر الإدمان على العقاقير بكل أنواعها من منبهات ومخدرات ومثيرات للهلاوس ، إن أعداد المدمنين فى تزايد مستمر ، إنه نوع من الانفجار الهائل فى الزيادة عالميا . ولقد تغيرت الصورة بسرعة مذهلة ، فبعد أن كان الإدمان فى القرن التاسع عشر وبداية هذا القرن قاصرا على الطبقات الدنيا وسكان المناطق المتخلفة حضاريا والمجرمين والداعرات ، أصبح الإدمان فى كل طبقة اجتماعية اقتصادية ، وفى كل مهنة حتى أن معدل الإدمان بين الأطباء الأمريكيين أعلى بكثير من معدله لدى العامة من الشعب الأمريكى ، كما أن فراسر (Fraser 1972) يرى أن من ٨ ٪ إلى ١٠ ٪ من الشعب الأمريكى مستهدف للإدمان .

ولم يعد ، بطبيعة الحال، تشديد العقوبات والتصاعد بها بكاف للحد من الإدمان أو الابتعاد عنه ، ولا يمكن أن نتوقع معجزة عن طريق أية قوانين مهما كانت شدة العقاب فيها .

وإدمان المخدرات بخاصة من المشكلات المعقدة ، إذ أن إدمانها يخلق

بالإضافة إلى الاعتماد النفسى عليها ، اعتمادا فسيولوجيا وهذا يعنى أنه تحدث تغيرات بيوكيماوية Biochemical فى الجسم لهذا النوع من السموم ، بحيث تسبب هذه التغيرات ما يسمى بالإطالة أو الاحتمال الذى يعنى زيادة الجرعة حتى تؤدى الدور الذى تؤديه الجرعة الأولى من تأثيرات مختلفة .

والنظرة الحضارية إلى موضوع الإدمان قد تعطى الانطباع بأن العوامل الحضارية من المحددات الرئيسية فى اختيار العقار ، ففى الشرق عموما حيث تشجع السلبية والخضوع للسلطة نجد استخدام الأفيون ، وفى اليابان حيث إن زيادة الإنتاج وكثرة ساعات العمل من العوامل التى تؤكدها تلك الحضارة وبخاصة فى أثناء الحرب العالمية وفى أعقابها نجد أن المنبهات وعلى رأسها الامفيتامينات (Amphitamines) هى عقار الإدمان المفضل . وفى الحضارة الغربية بعامة التى تشجع العدوانية والمبادأة نجد أن عقار الإدمان المفضل هو الكحوليات .

والنظرة الاجتماعية للإدمان ترى فيه استجابة للضغوط الاجتماعية المختلفة من بيوت مهدمة ومناطق متخلفة ومستويات اجتماعية دنيا .

والنظرة الفارماكولوجية ترى أن الإدمان بعامة والافيونيات بخاصة مردها إلى تأثيرات العقاقير الكيميائية على الجسم .

وقد يعزو البعض انتشار عقار معين لأسباب مختلفة منها درجة توافره وللموافقة الاجتماعية على استخدامه ، ولموافقة أو تحريم التعاليم الدينية له ، وإمكانية الحصول عليه ... إلخ .

ولكن الباحث يرى أن الإدمان مشكلة نفسية بالدرجة الأولى وأن أية عوامل أخرى متصلة بها هى عبارة عن عوامل مهيئة أو عوامل معوقة ، إذ أن سلوك التماس وطلب العقار هو الأساس فى الإدمان وليس وجود

العقار نفسه . إن الإدمان عملية تكيفية وظيفية دينامية لشخصية تعانى من اضطرابات خطيرة وعدم قدرة على التعامل مع البيئة المحيطة بها .

ثانياً : حجم المشكلة : —

(أ) الحجم العالمى للمشكلة :

يقدر فورت (Fort 1965) عدد من يستخدم المهدئات والمنبهات فى العالم سنة ١٩٦٢ بخمسة ملايين فرد وأن هناك ١٠ ملايين مدمن مخدرات ومئات الألوف ممن يستخدمون عقاقير الهلوسة وبخاصة (ل . س . د) كما يقدر وناك ((Winick 1961) أن مستخدمى الماريجوانا يقدر بنحو ٢٠٠ مليون فرد ، وقد قدر مكتب المخدرات الفيدرالى سنة ١٩٦٥ عدد مدمنى المخدرات على أنهم ٥٥٨٩٩ فردا ،وهذا الرقم لا يمثل حقيقة عدد المدمنين .

وتبلغ نسبة المدمنين إلى عدد السكان سنة ١٩٥٨ فى الولايات المتحدة فردا واحدا من كل ثلاثة آلاف ، وفى كندا فان النسبة هى فرد إلى ستة آلاف سنة ١٩٥٥ ، وفى ألمانيا الغربية فهى فرد إلى عشرة آلاف سنة ١٩٥٣ ، أما فى انجلترا فان الاعداد قليلة إلى حد ما ولكنها آخذة فى الارتفاع ، فقد ارتفع عدد المدمنين من ٣٥٩ سنة ١٩٥٧ إلى ١٣٤٩ سنة ١٩٦٦ .
(Stater & Roth 1969)

وأعداد المدمنين — عالميا — فى تصاعد مستمر ، تصاعد مواز لتلك الاكتشافات اليومية التى يقدمها علماء الكيمياء والفارماكولوجى من مواد مختلفة لها تأثيرها النفسى من منبهات أو مهدئات أو مثيرات للهلاوس .

لقد بلغت نسبة الافيون المستخدم فى الأغراض الطبية عالميا إلى كمية الإنتاج الكلية سنة ١٩٧٢ ١٠ ٪ والباقى استخدام فى غير الأغراض الطبية . وهذا يوضح إلى أى حد يتجه العالم إلى الإدمان .

وجدير بالذكر أن هناك نمطا جديدا من المدمنين بدأ يأخذ طريقه فى الظهور والانتشار وهو المدمن متعدد العقاقير ، ويبدو من وجهة نظر الباحث أن هذا النمط سيكون صورة مدمن المستقبل . وسيضاعف ذلك من صعوبة الدراسة والتفسير والعلاج والتأهيل .

(ب) الحجم المحلى للمشكلة :

عرفت مصر الأفيون منذ أيام الفراعنة وكانوا يستخدمونه للعلاج ، كما كان يزرع بصعيد مصر منذ وقت بعيد حتى سنة ١٩٢٦ حيث صدرت التشريعات القانونية بمنع زراعته .

وتعانى مصر من مشكلة الإدمان بعامة منذ وقت بعيد ، وعرف إدمان الأفيون والهيروين والكوكايين وتعاطى الحشيش ، فمنذ سنة ١٨٧٩ اضطر الشارع المصرى إلى منع زراعة الحشيش أو استيراده فى محاولة للاقلال من تعاطى الحشيش كما أن منع زراعة الأفيون سنة ١٩٢٦ كان محاولة قانونية أيضاً للقضاء على إدمان الأفيون إلا أن هذه التشريعات لم تمنع وجود متعاطين للحشيش ومدمنين للأفيون ، وقد أضيف إليها بعد الحرب العالمية الأولى ما يسمى بالسموم البيضاء وهى الهيروين والكوكايين ، حتى قال مودينوس : «إنه إذا كان مفهوما أن ينتشر تعاطى المخدرات فى أوروبا عقب الحرب لحاجة الناس هناك إلى نسيان آلامهم ومصابهم ، فمن غير المفهوم أن يحدث هذا الانتشار الهائل حيث أفاد المصريون من ارتفاع أثمان القطن بتأثير الحرب نفسها» (محمد بخيت الملاح ١٩٣٨) .

ولا توجد أية إحصاءات أو تقديرات رسمية عن عدد مدمنى الأفيون فى مصر إذ أن كل الإحصاءات تتعلق بإعداد الموجودين فى السجون بتهمة التعاطى أو الاتجار فى المخدرات عامة كما تحددها قانون ١٨٢ لسنة ١٩٦٥ والتى تصدرها مصلحة السجون ، كما أن مصلحة الأمن العام تقوم باصدار

بعض الاحصاءات عن عدد المتهمين فى قضايا التهريب أو الحيازة للمخدرات وبيان بكميات المخدرات التى تم ضبطها . ويبين الجدول رقم (١) كمية الأفيون التى تم ضبطها فى السنوات من ١٩٦٨ – ١٩٧٢ (تقارير الأمن العام ٦٨ - ١٩٧٢) .

جدول رقم (١)
كميات الأفيون التى تم ضبطها فى السنوات من ٦٨ – ١٩٧٢

السنة	أفيون بالكيلو	بودرة أفيون بالكيلو	صبغة أفيون بالسم٣	أشجار خشخاش
١٩٦٨	٢٢١٦	—	—	١٠١٩
١٩٦٩	١٤٥٠	—	١٥٥	—
١٩٧٠	٣٦٧٣	—	٤	٩٧١
١٩٧١	٢٣٧٧	—	—	—
١٩٧٢	١٢١٦	٣	—	—

هذا بالإضافة إلى ١٣ جرام هيروين، وجرامين من المورفين تم ضبطهما سنة ١٩٧٢ وآلاف الأقراص المهدئة والمنبهة .

ومن المعروف أن الكميات التى يتم ضبطها تشكل نسبة ضئيلة جداً من الكميات المطروحة، ويؤكد ذلك تذبذب الرقم فى الكميات المضبوطة ، ولاستماتة المهربين فى إدخال المخدرات عموما والأفيون خاصة وذلك للمكاسب الطائلة التى يحصلون عليها .

إن الأفيون هو العقار الأول للإدمان فى مصر إذا اعتبرنا أن تعاطى الحشيش لا يسبب إدمانا ، والمتأمل فى تعاطى المدمن المصرى للأفيون يجده يتعاطاه بأسلوب يكاد يكون مختلفا عن بقية مدمنى الأفيون فى العالم ، فمدمن

الأفيون الآسيوى يقوم بتلخينه ، ومدمن الأفيون الغربى عموما والأمريكى والانجليزى خاصة يتناوله فى صورة حقن أو شم ولا يتناوله بصورته الخام ولكن فى صورة أقوى مشتق له وهو المورفين أو مكافئه الصناعى وهو الهيروين . أما المدمن المصرى فإنه يتعاطاه فى صورته الخام وعادة ما يكون ذلك عن طريق الفم سواء بالاستجلاب أو المص أو البلع أو التذويب فى الشاى أو القهوة ، وقلة قليلة من المدمنين من يستخدم أسلوب الحقن فى تعاطى الأفيون ، وحتى فى حالة الحقن فإنه يذيب الأفيون الخام فى الماء عن طريق التسخين ثم يحقن به نفسه .

وقد يرجع ذلك إلى أن الانتشار الواسع لإدمان الأفيون فى مصر يقع فى الطبقات الاجتماعية الدنيا ذات المستوى التعليمى المنخفض والدخل الضئيل التى تعتمد عادة فى تخلصها من الآلام التى تتعرض لها عن طريق أصناف الباتات والعطارة المختلفة والتى تفضل هذا الصنف من العلاج على العلاج الطبى ، ويعد إدمانها للأفيون الخام تعميما لهذه المعتقدات حول الأعشاب الطبيعية والنباتات .

وإذا كانت أساليب التعامل مع المدمنين كما حددتها منظمة الصحة العالمية فى الدول المختلفة هى (W.H.O. 1973) :

١ – السجن .
٢ – السجن مع البقاء فى المستشفى فترة أعراض الانسحاب .
٣ – الايداع فى المصحات مع استخدام عقار بديل .
٤ – الايداع فى المصحات مع استخدام نفس العقار

فإن الوضع فى مصر كان ومايزال يعتمد على إيداع المقبوض عليهم بتهمة التعاطى فى السجون ، وحتى نهاية الثلاثينات كان يرسل بعضهم إلى مستشفيات الأمراض العقلية حيث كان يظن أن مظاهر الامتناع عن العقار

الخطيرة وما يرتبط بها من سلوك غير سوى على أنها نوع من اللوثة أو الجنون . والوضع الحالى يعتمد على إيداع المتهمين فى السجون إذا ما تم القبض عليهم ، أما من يتقدم طواعية لطلب العلاج فانه يودع بمصحة الأمراض النفسية بالخانكة فترة ثلاثة شهور ، هذا بالإضافة إلى إنشاء العيادة الخارجية للجمعية المركزية لمنع المسكرات والتى تقدم خدماتها النفسية والطبية والاجتماعية للمدمنين المتقدمين إليها .

ومما هو جدير بالذكر أن إنشاء مركز علاج الإدمان فى مستشفى للأمراض العقلية هو امتداد لما كان يحدث فى الثلاثينات دون تعديل يذكر ، وهذا قد يدل على تخلف شديد وعدم استفادة من التطورات الهائلة التى حدثت فى الخارج فى علاج المدمنين .

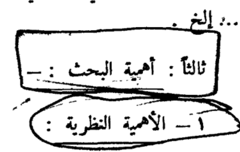
ويتقدم لمصحة الأمراض النفسية بالخانكة ما يقرب من ١٥٠ مدمنا سنويا ، كما أن عدد المتقدمين للعلاج للعيادة الخارجية بجمعية منع المسكرات بلغ ١٥٤٠ حالة سنة ١٩٧٠ .

وبما أنه لا توجد أعداد رسمية أو تقديرات عن أعداد المدمنين فى مصر سوى أعداد المدمنين المتقدمين للعلاج أو هؤلاء الذين يقبض عليهم ويودعون فى السجون والذين يشكلون ثلث عدد المسجونين الواردين إلى السجون سنوياً تقريباً . فإنه يمكننا القول أن الإدمان يعد من نوع الأوبئة التى يكمن الخطر فى وجودها من مجرد حالة واحدة . فمع الأخذ فى الاعتبار أن الإدمان مشكلة سيكولوجية أساسا إلا أننا يجب ألا ننسى أن من أهم العوامل المعجلة والمهيئة للوقوع فى الإدمان جماعات الأتراب مثل جماعات العمل والاصدقاء والشلل . إذ يكفى أن يوجد بينها مدمن أن ينتشر الإدمان بين بعضهم وهكذا . هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى فان الأفيون خاصة من المهدئات ومن المعروف تأثيره التخديرى على الجسم وينعكس ذلك بطبيعة الحال على إنتاجية

الفرد ودرجة أدائه لعمله وما يترتب على ذلك من خسارة على المستوى القومى ، هذا بالإضافة إلى ما سوف يترتب على سوء توزيع الدخل على أسرة المدمن ، إذ أنه عادة ما يستأثر بأكبر كمية من الدخل . فاذا علمنا أن نتائج البحث الحالى قد بينت أن متوسط عدد من يعولهم المدمن خمسة أفراد لتبين لنا أن الاضرار التى تنتج عن إدمان الأفيون تصيب بالضرر الاجتماعى خمسة أمثال المدمنين . فاذا تصورنا أن عددهم مائة ألف مدمن مثلا فان الضرر الاجتماعى يقع فى مثل هذه الحالة على نصف مليون فرد .

إن الخسارة على المستوى القومى كما تشير دراسة أحمد أمين الحادقة (١٩٧١) لتكاليف مكافحة المخدرات سنة ١٩٦٥ تساوى ثمانية ملايين من الجنيهات وهى لا تشمل الخسائر الناتجة عن ضعف إنتاج المدمنين ، وتجميد طاقات من هم تحت العلاج والمبالغ التى تهرب للخارج لجلب المخدرات .

إننا إذن أمام مشكلة قومية تتزايد يوما بعد يوم مهددة لكل تقدم أو رخاء مرتجى . هذه المشكلة لا تلقى مواجهة شاملة على أساس علمى حديث يستفيد من خبرات من سبقونا فى هذا المجال . إن الجهود المبذولة حاليا ذات طابع قانونى بحت من تشريع وضبط كميات مهربة وتوقيع عقوبة ، دون وجود أدوار فعلية لمن يجب أن يتصدوا لها من مختلف التخصصات من الأطباء والصيادلة والكيميائيين والاجتماعيين والأطباء النفسيين والتربويين وعلماء النفس والمعالجين النفسيين ، ورجال الدين والمختصين بالديموجرافيا ... إلخ .



ثالثاً : أهمية البحث : —

١ — الأهمية النظرية :

إن الباحث يرى أن الأهمية الفعلية لهذا البحث هو أنه محاولة علمية

منهجية لدراسة العوامل النفسية الاجتماعية المتصلة بالإدمان ، والتعرف على التغيرات النفسية أثناء فترة الانقطاع عنه ومعرفة تأثير برنامج علاجى على بعض السمات النفسية . كما يرى الباحث أن الالتزام بالمنهجية العلمية واتباع أساليب المنهج العلمى والموضوعية هو المحدد الوحيد لدرجة أهمية البحث، إذ أن أى كلام عن أهمية أى بحث دون التزام موضوعى علمى يفقد البحث والباحث تلك الأهمية .

٢ – الأهمية التطبيقية للبحث .

على الرغم من أن الباحث يؤكد أن الأهمية النظرية هى الأساس وأن ماعداها لا يرقى بحال من الأحوال إلى درجة أهميتها فان الباحث يقدم بعض التصورات التى يرى أن هذا البحث قد يفيد فيها :

١ – أن تقديم صورة موضوعية عن العوامل النفسية الاجتماعية لمدمنى الأفيون المزمنين المتقدمين للعلاج يمكن أن تساعد العديد من المهتمين برعاية المدمنين نفسيا واجتماعيا وطبيا فى التعرف عليهم ، والبيئات التى يحتمل أن يأتوا منها أو يتواجدوا فيها .

٢ – أن دراسة التغيرات النفسية التى تصاحب برنامج العلاج الحالى للمدمنين فى مصحة الأمراض النفسية بالخانكة قد يفيد منه من يود تقييم هذا البرنامج وتطويره وبيان ما فيه من مزايا أو عيوب .

٣ – أن دراسة التغيرات السيكولوجية لمجموعة من المدمنين بعد تقديم برنامج علاج نفسى لها قد يفيد أولئك الذين يعملون بالعلاج النفسى بعامة والذين يقدمون العلاج النفسى للمدمنين بخاصة .

٤ – أن هذا البحث يحاول أن يقدم صورة موضوعية – لمشكلة يعتبرها الباحث مشكلة الحاضر والمستقبل، وهى مشكلة إدمان المخدرات بعامة

والأفيون بخاصة ، ذلك أن الباحث يتوقع التزايد المستمر فى أعداد المدمنين مستندا فى ذلك إلى أن الدول التى تنبهت لهذه المشكلة مبكرا مثل انجلترا والولايات المتحدة مازالت الأعداد فيها فى تصاعد مستمر ، فماذا نتوقع نحن فى مصر ونحن للآن لم نبذل عمليا ما تستحقه هذه الظاهرة ؟

٥ ـ لما كان الإدمان من الوجهة النفسية تعلما وسوء توافق فان هذا البحث قد يفيد منه المهتمون بالصحة النفسية وعلم النفس التعليمى من حيث محاولة تطبيق القواعد النظرية لتغيير هذا التعلم وإزالة سوء التوافق .

الخطة العامة للبحث : ـ

إن الالتزام الموضوعى بأسلوب المنهج العامى يعد من الضرورات الأساسية لأى بحث علمى ، كذلك فان من الضرورة بمكان أن ينتظم أى بحث علمى فى وحدة متكاملة بحيث تكون الخطوات المتتالية، مترابطة عضويا ، فتحديد المشكلة يجب أن يسهم فيه ما كتب فى الأدب النفسى من قبل ، كما أن الفروض يجب أن تكون مرتبطة بالمشكلة وأن تكون الأدوات مناسبة للتحقق من الفروض،وأن تكون خطة الإجراء مناسبة لكل من الأدوات والعينة وقدرات الباحث وأن يكون تحليل النتائج وتفسيرها له أساس علمى وفلسفى تستند إليه .

وفيما يلى يلخص الباحث الخطوات التى سار عليها فى بحثه :

١ ـ دراسة إدمان الأفيون من أكثر من وجهة نظر ، تاريخيا واجتماعيا وقانونيا ، ووجهة نظر الطب النفسى والوجهة النفسية والوجهة العلاجية وذلك بقصد إلقاء أكبر قدر ممكن من الضوء على هذه الظاهرة .

٢ - عرض مشكلة البحث فى مصر من وجهات النظر السابقة لإلقاء الضوء على هذه الظاهرة فى مصر .

٣ - تحديد مشكلة البحث وتحديد فروضه .

٤ - تحديد مصطلحات البحث وقد حددها الباحث فى ثمانية مصطلحات أساسية هى أكثرها شيوعا فى البحث .

٥ - عرض الدراسات السابقة مع التعليق عليها وبيان كيف أفاد منها عند تحديد المشكلة .

٦ - عرض منهج البحث وخطته من عينة وأدوات وإجراء .

٧ - عرض نتائج البحث بما فى ذلك عرض للدراسة بعض حالات الإدمان .

٨ - وأخيرا تفسير هذه النتائج على ضوء فروض البحث منتهيا بوجهة نظر من الباحث لتفسير ظاهرة إدمان الأفيون .

الفصل الثانى

ادمان الأفيون

مقدمة

تعريف العقار

الآثار المترتبة على تناول العقاقير .

إدمان الافيون :

نظرة تاريخية .

نظرة اجتماعية .

نظرة قانونية تشريعية .

نظرة طب نفسية وفارماكولوجية .

نظرة نفسية :

الخصائص النفسية للمدمن

الوظائف النفسية للإدمان .

التفسير النفسى للإدمان .

أصحاب الاتجاه السلوكى

النظرة النفسية الداخلية .

الإدمان كعملية المدمن

أصحاب التحليل النفسى .

نظرة علاجية .

خاتمة وتعليق .

مقدمة :

يقوم الباحث فى هذا الفصل بتناول إدمان الأفيون من أكثر من وجهة نظر . وذلك لأن هذا النوع من الدراسات لم يعالج بكثرة فى علم النفس كما أن المشتغلين بالدراسات النفسية — فى مصر على الأقل — ليس لديهم إلمام كاف بمثل هذا النوع من الدراسات . كذلك فان الدراسات التى أجريت فى هذا الصدد تعد على أصابع اليد الواحدة .

ولذا فان الباحث قد تعرض فى هذا الفصل بشىء من التفصيل لمعظم جوانب مشكلة بحثه ، ألا وهى الإدمان .

تعريف العقار :

تعرف منظمة الصحة العالمية (W.H.O. 1969) العقاقير بأنها أى مواد يتعاطاها الكائن الحى بحيث قد تعدل وظيفة أو أكثر من وظائفه الحيوية ، وقدحددتها لجنة المخدرات المنعقدة (W.H.O. 1973) فى سنة ١٩٧٣ بأنها جميع المواد التى حددت فى جداول اجتماعات سنة ١٩٦١ ، ١٩٧١ وما تراه الحكومات الأخرى أن يضاف من مواد(١). كذلك فإننا نجد أن لورى (Lauri 69) يعرفها على أنها المواد الكيماوية التى تغير المزاج والإدراك والشعور والتى قد يساء استخدامها بحيث تسبب ضررا بالغا للفرد والمجتمع ، أما قاموس اكسفورد المختصر فإنه يعرفها بأنها المواد الأصلية البسيطة الطبية : عضوية كانت أو غير عضوية التى تستخدم وحدها أو كمادة فعالة ؛ ويرى كانون (Canon 1971) أن العقاقير هى تلك المواد التى تستخدم فى علاج الأمراض ، ويحددها علماء الفارماكولوجى بأنها أى مواد تستطيع أن تحدث فى الكائن الحى تغيرات وظيفية أو بنائية وذلك بفعل طبيعتها الكيمائية.وطبقاً لهذا التعريف فان كل أنواع الطعام والفيتامينات والهورمونات والنباتات وسم الثعابين وإفرازات الحشرات ونواتج التعفن والهواء الملوث والمعادن والكيماويات الصناعية وكل المواد التى توجد فى الجسم تعد عقاقير . وعادة ما تستخدم هذه العقاقير من قبل الأطباء لمقاومة الأمراض والشفاء منها وتخفيف الألم وتحسين الصحة . ولكن العقاقير أيضاً تضم الحبوب والنباتات والمساحيق والسوائل والكيماويات التى يتعاطاها الأفراد بشتى الصور من بلع وحقن وشرب وشم ليغيروا من الواقع المحيط بهم أو ليهربوا منه .

ويتضح لنا من التعريفات السابقة أن العاقير هى مواد طبيعية أو مواد مركبة تركيبا معمليا Synthetic لها تأثيرات كيمائية على الوظائف الحيوية للكائن الحى . وما يهمنا فى هذا البحث هى تلك العقاقير التى يساء استخدامها

(١) انظر ص ٢٥ .

أو ما تطلق عليه منظمة الصحة العالمية (W.H.O. 1969) العقاقير التى تستحضر الاعتماد Dependence induced سواء كان هذا الاعتماد نفسيا أم فسيولوجيا أم الاثنين معاً . وهناك أربعة مبادىء أساسية تتصل بهذه العقاقير هى :
(Ray 1972)

١ — أن هذه العقاقير فى حد ذاتها ليست حسنة أو رديئة ، ولكن سلوك من يستخدمها هو الذى يحدد ما إذا كانت رديئة أم طيبة ، فالاستخدام غير الطبى للمورفين يؤدى إلى الإدمان ، على حين أن استخدامه بعد العمليات الجراحية يجنب الفرد العديد من أحاسيس الألم المبرحة .

٢ — أن هذه العقاقير لها تأثيرات متعددة على من يستخدمها ، فمهما حاول من يستخدمها أن يركز على إحداث أثر معين ، فان ذلك لا يمنع من تأثيراتها على جوانب أخرى، وهذا ناتج من الحقيقة التى تقول أنها تؤثر فى مناطق مختلفة فى الدماغ .

٣ — أن تأثيرات هذه العقاقير تعتمد على الكمية التى يتعاطاها الفرد ، فكلما ازدادت الكمية التى يتعاطاها الفرد . زادت طاقته للعقار . هذا بالإضافة إلى أن جرعات من كميات معينة قد تؤدى بفرد ما إلى الإدمان بينما لا تؤدى نفس هذه الكميات بفرد آخر إلى ذلك .

٤ — أن تأثيرات هذه العقاقير تعتمد جزئيا على تاريخ الفرد وتوقعاته ، فحيث إن هذه العقاقير تؤثر على الشعور وعمليات التفكير . فان هذا التأثير يتوقف إلى حد ما على ما سبق أن توقعه الفرد منها ، أى أن للخبرة السابقة أثرا فيما يشعر به الفرد من آثار .

وتؤثر العقاقير التى تستحضر الاعتماد أو ما تسمى عادة بالعقاقير ذات التنشيط النفسى Psycho active drugs على الجهاز العصبى المركزى أو المخ، وتتباين تأثيراتها وتختلف من عقار إلى عقار آخر (Canon 1971, Ray 1972)

ويهمنا أن نشير هنا إلى أنواع العقاقير ذات التنشيط النفسي (W.H.O. 1973) ، أن منظمة الصحة العالمية تقسمها إلى ثمانية أنواع رئيسية هي :

١ ــ الافيونيات : كالأفيون والمورفين والهيروين والكودين ومثيلات المورفين الصناعية مثل الميثادون والبيثيدين Methadone & Pethidine

٢ ــ الحشيش Cannabis

٣ ــ الكوكا وتشمل الكوكايين وأوراق الكوكا .

٤ ــ المثيرات للهلاوس أو المغيبات (Psychedelics) مثل (ل . س . د) والميسكالين (mescaline) والبيسيلوسين (Psylocylin)

٥ ــ الامفيتامينات (١) Amphetamines مثل الامفيتامين والديكسامفيتامين والميثامفيتامين . والمثيل فينيدات والفينمترازين .

٦ ــ الباربيتيورات والمهدئات مثل سيكوباريتال (٢) والميبرومات والميثاكلون والجلوتوثوميد .

٧ ــ القات Khat

٨ ــ فولانيل (٣) سولفانت مثل الأسيتون وتتراكلوريد الكربون .

وهذا التقسيم يقوم فى أساسه على الأصل الكيميائى لهذه المواد . وبما أن معظم هذه العقاقير تؤثر على الجهاز العصبى المركزى سواء بزيادة التنبيه أو بالتهدئة أو التسكين أو التخدير ، فان التقسيم الأكثر ملاءمة هو تقسيمها حسب نوع التأثير الذى تقوم به على الجهاز العصبى المركزى ، فيقسمها كانون (Canon 1971) إلى :

١ ــ عقاقير منبهة .
٢ ــ عقاقير مهدئة .

---

(١) Amphetamimes, Dexamphetamine, Mathamphetamine, methyl phenidate and phenmetrozine

(٢) secobarbital mebrobamate, methaqualane and glutethimide.

(٣) Volanil-Sulvant, Aceton and carbon tetracloride

٣ – مخدرات ؛
٤ – مغيبات أو عقاقير مثيرة للهلاوس ؛
أما روتر (Rotter 1967) فيقسمها إلى أقسام ثلاثة رئيسيه هى :

١ – المهدئات : وتشمل ما يلى Depressants :

(أ) الكحول ؛
(ب) المخدرات وتشمل المورفين والهيروين ... إلخ .
(ج) المركبات وتشمل الميثادون ، الدميرول ... إلخ .
(د) الباربيتيورات وتشمل الاميتال والنمبوتال ... إلخ .
(ﻫ) المسكنات وتشمل الاكوانيل والملتاون .

٢ – المنبهات : (Stimulants) .

وتشمل الكافيين والنيكوتين والكوكايين .
والامفيتامينات وتشمل بنزيدرين ودكسى درين والميثادرين .

٣ – المثيرات للهلاوس (المغيبات) (Psychedelics)

وتشمل المـاريجوانا والبسيلوسايين والمسكالين و (ل . س . د) .
وعلى الرغم من أن هذا التصنيف قائم على أساس التأثيرات الدائمة التى يتركها فى الكائن الحى . إلا أن هناك تصنيفات أخرى متعددة مثل التصنيفات التشريعية والفارماكولوجية والطبية والكيميائية . والتصنيف السابق لا يخلو من العديد من المشاكل ، ذلك أن تأثير العقاقير على الأفراد ليس واحدا ، بل إنه متباين تباينا شديدا يصل إلى حد التضاد ، فالعقاقير المهدئة مثلا عادة ما يكون لها تأثير منبه على بعض وظائف الجسم ، كذلك فان الأطفال وكبار السن لا يمكن أن تعطى لهم الباربيتيورات لكى يناموا إذ أن تناولهم هذه العقاقير له أثر معاكس ويجعلهم أكثر تنبها ويقظة ،

والماريجوانا لها العديد من التأثيرات فهى قد تنبه البعض وتهدىء معظم الناس وليس لها أى تأثير على البعض الآخر (Canon 1971) .

ويمكن القول أن المدى العام للمنبهات وللمهدئات يمتد على متصل يبدأ فى حالة المنبهات من السواء وينتهى بالموت فى مراحل متعددة هى :

السواء — استثارة مفرطة — استثارة مفرطة حادة — تشنجات معتدلة تشنجات حادة — الموت .

أما فى حالة المهدئات فان المتصل يكون على النحو التالى :
التخدير — النوام — تخدير عام — الغيبوبة — الموت (Canon 1971)
وهذا ما يدعونا إلى دراسة ماهية الآثار المترتبة على تناول العقاقير .

الآثار المترتبة على تناول العقاقير : (Rotter 1967)

١ — المهدئات : المواد التى تندرج تحت هذا الصنف من العقاقير هى وحدها القادرة على أن تولد اعتمادا جسميا ، كما أن الكحول فى هذه المجموعة هو الذى يمكن إساءة استخدامه بدرجة كبيرة جدا . ذلك أن عدد من يتركون وظائفهم أو يواجهون الانفصال عن زوجاتهم أو ينتهون إلى مستشفيات الأمراض العقلية نتيجة سوء استخدام الكحول فى الولايات المتحدة الأمريكية يعد أكثر من عدد من يتعرضون إلى سوء استخدام أى عقار آخر . ويقدر عدد مدمنى الكحوليات بما يزيد على خمسة ملايين مدمن ، بالإضافة إلى ستة ملايين من مكثرى الشراب (Heavy drinker) ويحدث الكحول خللا ملحوظا فى التفكير وسوء إدراك للزمان والمكان ، فاذا ازداد التعاطى حدث تلف فى المخ . والانسحاب من إدمان الكحول خبرة عنيفة تحمل إمكانية الخطر ، فهى تتميز بالارتعاشات الهذائية والخلط ونوبات من نمط الصرع والهلاوس المفزعة .

أما إدمان المخدرات فان الاعتماد الجسمى يتم فيه على نحو أسرع من الكحول، وتتصف أعراض الانسحاب بارتشاحات الانف والعيون الدامعة وظهور حبات الأرز على سطح الجلد وتقلصات عضلية عنفة والغثيان والقىء .

أما الباربيتيورات وهى ما نعرف باسم (downers reddevils, yellow jacks) فى الحضارة الغربية فانها تحدث استرخاء وإحساسا بالسعادة ويؤدى الاستخدام المزمن لها إلى اعتماد جسمى يدل عليه ظهور زملة أعراض الامتناع (abstinence syndromes) التى تشبه فى جوهرها أعراض الامتناع المرتبطة بالكحوليات.

٢ ، ٣ المنبهات والمغيبات : —

لا توجد مادة واحدة منهما قادرة على أن تحدث الاعتماد الجسمى ، على الرغم من أنه يمكن إساءة استخدامها ، ففى طائفة المنبهات نجد أن أقربها إلى أن يحدث الاعتماد الجسمى هو المواد من نوع الامفيتامينات وهى تستخدم للارتفاع بالحالة المزاجية ولزيادة التيقظ وعادة ما يستخدمها الطلاب لتعينهم على السهر بالليل ، والرياضيون لتعينهم على حسن الأداء ، ويؤدى استمرار استخدامها إلى القابلية للتوتر وعدم الاستقرار والأرق ثم أن استخدامها بجرعات كبيرة يعجل من ظهور « ذهان الامفيتامين » وهو مجموعة من أعراض التسمم تتميز بالقلق والهلاوس والشعور القوى بالاضطهاد .

وفى طائفة المغيبات (Psychedelics) فان عقار المارجوانا أكثرها استخداما فى الحضارة الغربية . وقد كان يستخدم فى أمريكا خلال القرن التاسع عشر لعلاج أنواع السعال والصداع وأوجاع الرأس وتقلصات الحيض إلا أنه يستخدم اليوم بصفة أساسية للترويح .

ولبعض العقاقير المغيبة القدرة على إحداث خبرات حسية غير مألوفة شبيهة بالهلاوس ولهذا سميت بالعقاقير المؤدية إلى الهلاوس L. S.D. (hallucinogens)

(Lysergic Acid Diethylamide) وأكثرها استخداما هو عقـــار (ل . س . د) .

وكما سبق أن ذكرنا ، فإن تأثير العقاقير على الأفراد ليس واحداً ، فهناك العديد من العوامل التى تحدد تأثير العقار مثل البنيان الفسيولوجى وتاريخ الفرد وكمية العقار وأنواع العقاقير الأخرى التى يتعاطاها الفرد ، وتوقعات الفرد من العقار ، وطريقة التعاطى ، والقيم والمعتقدات التى يعتقد فيها الفرد عن العقار . وعلى ذلك فاننا لا نجد للعقار الواحد آثارا واحدة على الأفراد المختلفين .

ولما كان الهدف من البحث هو دراسة العوامل النفسية والاجتماعية المتصلة بادمان الأفيون ومشتقاته ، ولما كان الأفيون ومشتقاته يدخل ضمن المهدئات تحت جزء مستقل منها هو المخدرات (١) Narcotics فان الباحث سيتناول فيما يلى إدمان الأفيون من أكثر من منظور ، فسوف يتعرض الباحث إلى إدمان الأفيون من وجهة النظر التاريخية ، ثم الاجتماعية ، ثم القانونية التشريعية ، ثم وجهة نظر الطب النفسى والفارماكولوجى ووجهة النظر النفسية والعلاجية .

ما هو الأفيون (٢) ؟ (Krantz et al. 1961, Fraser 1972, Anslinger et al 1961, Canon 1971.

الأفيون عقار قوى أبيض اللون يشبه اللبن يتم الحصول عليه من الثمار غير الناضجة لشجرة الخشخاش المعروفة علميا باسم (Papaver somniferam) أى زهرة النوم . وطريقة الحصول عليه تتلخص فى إحداث خدوش فى

(١) كلمة Narcotics تأتى من الكلمة اليونانية Narkotikos التى تعنى مانع الألم .

(٢) أفيون كلمة مصرية . مشتقة من الكلمة اليونانية «أوبيون» وهى تصغير «أوبوس» ومعناها عصير نباتى ، والأفيون هو العصير الرتينجى المجفف لأغلفة نبات الخشخاش غير الناضج « دائرة المعارف الإسلامية » المجلد الرابع النسخة العربية .

الثمار غير الناضجة للخشخاش يخرج منها سائل أبيض اللون يجف بعد ذلك ويتحول إلى مادة لدنة مطاطة بنية اللون هى الأفيون .

أهم مشتقات الأفيون : (Canon 1971, Anslinger 1961)

١ — المورفين :

قلوى كريستالى أبيض ويعد أقوى مانع للألم ، وقد فصله عن الأفيون شيرتونر سنة ١٨٠٣ وهو أقوى مخدر مانع للألم عرفه الإنسان ، ولا يوجد ألم لا يستطيع إنهاءه . وتقاس قوة أى عقار صناعى مانع للألم إلى قوة المورفين ،ويؤثر المورفين بصفة رئيسية على الجهاز العصبى المركزى وعلى الأحشاء . وقد استخدم لعدة قرون لعلاج الاسهال من قبل أن يستخدم لإزالة الآلام ، وينتج المورفين عادة تأثيرات مخدرة تحتوى على عدم الاحساس بالألم والخمول والتغيرات فى المزاج . وإذا أعطى المورفين لشخص لديه بعض الآلام فان الألم يختفى على الرغم من أن الألم فى بعض الأحيان يكون أقل شدة فقط ، ولكن المريض يكون أقل ضيقا به ، وفى بعض الحالات فان المرضى يشعرون بمشاعر الابتهاج الزائد . وإذا أعطى المورفين لفرد ليس عنده آلام فانه قد يشعر ببعض الأحاسيس غير السارة مثل الإحساس بالقلق أو الرعب ودائما ما يصاحب ذلك شعور بالغثيان والقىء . وتتكون تأثيرات المورفين العقلية من الخمول وعدم القدرة على التركيز كذلك فان المورفين يسبب البلادة (Apathy) والاقلال من النشاط العام الفسيولوجى وتقليل حدة الإبصار والسبات (lethargy) وصعوبة التفكير بانتظام ، وتستمر هذه التأثيرات النفسية فترة أطول من تأثيره الخاص بإزالة الألم . وتزداد الاطاقة للمورفين بسرعة هائلة بحيث يجب زيادة الجرعة زيادة هائلة لتحقق نفس الأثر . كما أن الاعتماد الفسيولوجى يبدأ فى الظهور مبكرا .

٢ – الكوديين : –

وهذا العقار ليس فى خطورة المورفين وهو يستخدم طبياً للتقليل من الإحساس بالألم كما أنه يدخل فى معظم أدوية الكحة ٥

٣ – الهيروين : –

واسمه العلمى هو دياستيل المورفين أو الديامورفين .

وقد اكتشفه هنريش دريسر العالم الألمانى سنة ١٨٨٩ وهو نفس العالم الذى قدم الاسبرين للطب وكان يبحث عن قاتل للألم له قوة المورفين وغير قابل للإدمان . وهو عبارة عن بودرة بيضاء لارائحة لها متبلورة مرة المذاق، تذوب فى الماء ، وقد سميت هذه البودرة بالهيروين من الكلمة الألمانية Heroisch بمعنى بطولى . ولم يكتشف الأطباء أن الهيروين أسرع وأقوى فى إدمانه من المورفين إلا بعد اثنتى عشرة سنة من استعماله . كذلك فان أربعة ملليجرامات من الهيروين تساوى فى تأثيرها عشرة من المورفين ، كما أن الجرعة المتوسطة للمدمن عادة ما تساوى أربعة من مليون من وزن الجسم إلا أن تأثيرها فوق الاحتمال (over powering) . وعند تعاطى الهيروين فان الجسم يحوله إلى مورفين وأن المورفين هو المسئول عن التأثيرات الفارماكولوجية للهيروين . ويقرر جاف (Jaffe 1970) أنه عند اختبار جماعة من المدمنين فى التمييز بين الهيروين والمورفين فى حالة حقنهما تحت الجلد فانهم لم يستطيعوا أن يميزوا الاثنين ، ولكنهم تمكنوا من التمييز فى حالة الحقن فى الوريد . هذا وعلى الرغم من قوة الهيروين إلا أنه لا يحدث انتشاء للمدمنين أكثر مما يحدثه المورفين . والهيروين غير مسموح باستخدامه الآن طبياً فى الولايات المتحدة وخمسين دولة أخرى إلا أن فرنسا وإيطاليا وانجلترا يستخدمونه فى هذه الأغراض . ويتفاوت لون الهيروين ما بين الأبيض الناصع إلى الرمادى أو البنى . وعند تعاطيه فان ارجاعاته شديدة

وهى تتكون من الأخيلة والإحساس بالقوة والسعادة والميل إلى النوم ، كما أنه يقلل من الرغبة الجنسية وقد تؤدي الآلام الناتجة عن عدم التعاطى إلى الكذب أو السرقة أو أعمال العنف ، وهو قد يؤخذ عن طريق الشم أو الحقن الوريدى أو تحت الجلد (Anslinger 1961)

الديلوديد : – Dilodid

والاسم العلمى هو : دى هيدرومورپينون هيدروكلوريد di hydromorpinone hydrocloride ويستخدم كبديل للأفيون فى منع الألم.

٥ – الديونين : واسمه العلمي هيدروكلوريد الاسيل مورفين وله نفس قوة الكودين .

٦ – بارجورك : مركب أفيونى يستخدم كمخدر يمكن إدمانه ويستخدم طبياً على أوسع نطاق فى علاج الاسهال عند الاطفال .

٧ – اللودانوم : مركب آخر كان يستخدم على نطاق طبى قبل المورفين .

٨ – الثيبين : مشتق أفيونى سام له كل آثار التيتانوس ويشبه الاستركنين.

٩ – بابافرين : مشتق أفيونى ومنبه للقلب .

المواد شبيهات الأفيون المحضرة معملياً : –

ونذكر منها الميثادون وهو يستخدم للعلاج من إدمان الأفيون فى مستشفى لكسنجتون وله كل خصائص المورفين ، والدولفين ، والاميدون ، والديميرول ، والبروبوكسفين ، التورميتادون ، والترى مبيلدرين ، كذلك يوجد أكثر من ٦٠ عقارا صناعيا آخر .

أ) إدمان الأفيون — نظرة تاريخية : —

إن التاريخ المكتوب للأفيون يبدأ منذ أربعة آلاف سنة قبل الميلاد حيث كان السومريون يسمونه نبات الفرح (Fraser 1972) كما وصفوا بالتفصيل كيفية حصاده . كذلك فان استخدام الأفيون كان شائعا لدى قدماء المصريين واليونانيين. ففي البرديات (١٥٠٠ سنة قبل الميلاد) إشارة إلى استخدامه فى العلاج لكى يمنع الصراخ الزائد للأطفال ، وقد جاء ذكره فى الأوديسا التى كتبها هوميروس قبل الميلاد بألفى سنة ، كذلك فان إله النوم اليونانى هيبنوس (Hypnos) وإله النوم الرومانى (Somnus) كانا دائما يحملان سلة بها ثمار الخشخاش ، وتحكى الأسطورة الصينية أن شجرة الخشخاش نبتت من الأرض حينما وقعت جفون بوذا وذلك لتساعده ثمارها على النوم . وقد كان جالينوس (Scott 1969) الطبيب اليونانى الشهير يعتقد أن الأفيون هو الشفاء لكل الأمراض ، وساعد ذلك على انتشار الأفيون فى اليونان فى تلك الحقبة . ويقال أن الأمبراطور الرومانى ماركوس اورليوس كان مدمنا للأفيون ، وفى القرن العاشر أدخل التجار العرب الأفيون إلى الشرق بعامة وإلى الصين بخاصة حيث كان يستخدم أساسا للقضاء على الدوسنطاريا . وقد كان الأطباء العرب يستخدمونه فى أنواع العلاج المختلفة ، وفى هذه الفترة من ازدهار الحضارة العربية فان اثنين من أعظم أطبائها قدما اسهامات جديدة للطب ولتاريخ الأفيون ، ففى حوالى سنة (١٠٠٠) ألف البيرونى كتابا فى الفارماكولوجى وصف فيه الأفيون ووضع أول توصيف للإدمان (Ray 1972) كذلك فان ابن سينا كان يستخدم مستحضرات الأفيون بنجاح فى العلاج الطبى .

وفى منتصف القرن السادس عشر بدأ الاكلينيكيون الأوروبيون فى استخدام الأفيون بنفس الصورة المستخدم بها طبياً الآن تقريباً ، وقد قام باراسيلص (Paracelsus) بتحضير اللودانوم (Laudanum) وهو ناتج

من تقطير الأفيون ويستخدم حتى الآن . ولم تظهر حالات الإدمان وأعراض الامتناع كما هى معروفة الآن إلا قرب نهاية القرن السادس عشر . وفى القرن الثامن عشر قام سيدنام (Sydenham) أبو الطب الاكلينيكى فى انجلترا باستخلاص اللودانوم (وهو يختلف عما حضره باراسيلص) كما أن توماس دوفر قام بتحضير الدوفر (Dover) وهى مادة مركبة من الأفيون ومواد أخرى . وقد كان تدخين الأفيون شائعا ومقبولا اجتماعيا فى منطقة الشرق ، كما أنه كان متاحا فى أوروبا مما سبب بعض أنواع سوء الاستخدام (Fraser 1972) .

وفى سنة ١٨٠٣ عزل الصيدلى الألمانى شيرتنر (Sertuner) قلوى أفيونى أسماه المورفين نسبة إلى مورفيوس إله الأحلام عند اليونانيين . كذلك اكتشف روبيكويه (Robquet) قلوى أفيونى آخر سنة ١٨٣٢ هو الكوديين . وفى منتصف القرن التاسع عشر كان استخدام المورفين والكوديين علاجيا قد حل محل الأفيون الخام . وقد عجل اختراع الإبرة الوريدية بسوء استخدام المورفين واستخدامه عن غير طريق القناة الهضمية . فالأثر الذاتى القوى الذى يعقب الحقن به ينتج استخداما قهريا له . وقد انتشر استخدام المورفين فى الولايات المتحدة نتيجة لاستخدامه الواسع ولمدة طويلة لعلاج الجرحى من جنود الحرب الأهلية حيث كان المبدأ الطبى السائد هو منع الألم أولا ، كما ساهمت بذلك أيضاً الحرب البروسية النمساوية والحرب البروسية الفرنسية (Ray 1972) وقد زاد استخدام الأفيون بعد ذلك لتدفق العمال الصينيين الذين كانوا من معتادى تدخين الأفيون ، ولأن الأفيون كان يباع فى محال البقالة والصيدليات . وقد ظل الأفيون مباحا حتى سنة ١٩١٤ حيث صدر قانون هاريسون للمخدرات . وكان للاستخدام الطبى الواسع للمورفين أثر كبير فى ظاهرة الإدمان وسوء الاستخدام . وقد انتقل الأفيون إلى أوروبا عن طريق أناس مشهورين ، فالشاعر الأنجليزى صمويل تايلور كولريدج كان مدمنا للأفيون وقد كتب

قصيدته الشهيرة (Koblai Khan) بينما كان تحت تأثير العقار . كذلك فان توماس دى كوينسى كاتب تراجم الحياة الشهير كتب اعترافات آكل أفيون انجليزى وهو لم يكن يأكل الأفيون وإنما كان يشرب اللودانوم (Kaplan 1964) . ومع بداية القرن العشرين فان استخدام الأفيون كان موجودا على جانبي الأطلنطى . كذلك كان يستخدم فى العلاج فى كل من أوروبا وأمريكا . ولم تكن هناك أى دلائل تشير إلى إساءة استخدامه ولم يكن هناك أى ضغط اجتماعى ضد استخدامه ، فالسيدات يستخدمنه لعلاج مشكلات الحيض كما يستخدم لعلاج الاسهال ، وقد ذكر سيدنى كوهين (Cohen 1969) أنه مع مطلع القرن العشرين كان واحد من كل ٤٠٠ مواطن فى أمريكا يستخدم الأفيون ، أما الآن فلا يوجد إلا استخدام ضئيل أوسوء استخدام ضئيل للأفيون فى أمريكا وذلك لأن اثنين من مشتقاته وهما المورفين والهيروين — وهما أكثر فاعلية وأسهل فى النقل وأوفر فى الربح — أصبحا عقار الإدمان المفضل .

(ب) إدمان الأفيون : نظرة اجتماعية

عادة ما يفسر الإدمان من الوجهة الاجتماعية البحتة على أنه نتيجة ضغوط المجتمع الذى يعيش فيه الفرد كالفقر وإحباطات الأقليات والقوى المدمرة التى قد تعمل مع الفقر على إظهار دوافع عدم الرضا لدى الشباب ، والأسر المفككة، والفراغ الخالى من الأهداف (Saltman 1970) فنجد أن شر (Scher 1968) يقول أن الإدمان نتاج لمزيج من توافر العقار وضغط جماعة الأتراب والانسجام مع اتجاهات اجتماعية مقبولة ورغبة ملحة فى الاستكشاف ، وفورت (Fort 1967) يعتبر استخدام العقاقير كالطعام وسيلة للتخلص من التوتر ، ومن الملل المستمر وللمشاركة الاجتماعية مع الأتراب وللحصول على النشوة الوقتية وللهرب ولعدم وجود ما يملأ الفراغ وللاتجاهات الجنسية والمعتقدات وتناقص التكامل الاجتماعى وتأثير الثقافات الخارجية أو للمسايرة لعرف جماعات ثقافية فرعية . كذلك فان ديفيز (Davies 1970) يرى أن الإدمان ينتشر كالوباء وذلك عن طريق المصابين به ، وأنه قد ينتشر نتيجة للاتجاهات الثقافية والاجتماعية لجماعات الشباب ، وقد تكون هناك أسباب عميقة فى المجتمع تساعد على ذلك ، فالتعاطى السرى ينتشر عادة بين المراهقين ، وعموما قد يلجأ المراهق إلى المخدرات حبا للاستطلاع أو مسايرة لجماعات الأتراب أو للمغامرة أو للتمرد على المجتمع . أما رادو (Rado 1963) فانه يرى أنه ليس من الضرورى أن يأتى المدمنون جميعا من بيوت مهدمة أو غير مهدمة أو من بيوت فقيرة أو غنية وأن بعضهم قد يكونون أذكياء والآخرين غير ذلك .

هذه التفسيرات تعتمد أساسا على حقيقة فى العلوم الإنسانية مؤداها أن الفرد نتاج للظروف الاجتماعية الاقتصادية التى يولد وينشأ فيها . فليس من المتصور وجود فرد ما بمعزل عن المجتمع الذى يعيش فيه أو أن هناك فردا ما يستطيع أن تكون قدراته وأفكاره واتجاهاته وخصائصه الشخصية وبنيانه

الكلي خالية من تأثيرات المجتمع عليها . فالإنسان نتاج لتاريخ اجتماعي ، وعليه ، فان دراسة لتحديد الظروف الاجتماعية قد تساعد على فهم تصرفاته (Krech et al 1962) .

ونستطيع أن نحدد أهم الاتجاهات الاجتماعية لتفسير الإدمان فى الآتى :

١ – الدور الاجتماعى .

٢ – الخلل الوظيفى .

٣ – العوامل الايكولوجية .

٤ – التعلم الاجتماعى .

٥ – السلوك محصلة للتفاعل بين الفرد والمجتمع .

– الدور الاجتماعى : (Becker 1955, Benedict 1946 Elliot et al 1970)

أصحاب هذا الاتجاه يرون أن الانحرافات السلوكية بعامة وإدمان المخدرات والكحوليات بخاصة ناتجة عن مشاعر القلق المتزايدة التى تشيع لدى بعض الأفراد الذين يفشلون فى أداء أدوارهم الاجتماعية بالطريقة التى يتوقعها منهم المجتمع . فمن المعروف أن للدور شأنا كبيرا فى شعور الفرد بذاته وتقديره لها . وكلما أدى الفرد أدواره الاجتماعية بالطريقة التى يتوقعها منه المجتمع ، قلت كمية القلق لديه وبالتالى قل احتمال الانحرافات السلوكية لديه . وهذه الظاهرة ونعنى بها الفشل فى تحقيق أداء الدور كما يتوقعه المجتمع لا تكون موجودة فى المجتمعات البدائية البسيطة حيث إن الأدوار فيها منسقة ومتكاملة ، بينما نجد المجتمعات المعقدة لا تسير فيها الأدوار وفق تناسق أو تكامل كما فى المجتمعات البدائية ، وهذا بالتالى ينعكس على طبيعة أداء الأفراد لأدوارهم ودرجة نجاحهم فى تحقيق ما يتطلبه المجتمع .

٢ ـ الخلل الوظيفى : (Mal Functionning) (Elliot et al)

المشايعون لهذا الاتجاه يرون أن وجود مشكلة اجتماعية فى قطاع ما يعنى بالضرورة وجود خلل وظيفى فى النظام (Malfuncotionning in the system) وعليه فان كل اهتماماتهم تنصب نحو دراسة الآثار المترتبة على أى انحراف أو جناح أو خلل اجتماعى . فاذا كان ذلك يسبب خللا وظيفيا للمجتمع فعلا فانهم يعدونه مشكلة اجتماعية وهم لذلك يركزون فى دراساتهم عن الإدمان على أعداد المدمنين وتوزيعهم الجغرافى وفئاتهم العمرية وإنتاجيتهم فى العمل وتفشى البطالة بينهم ... إلخ .

٣ ـ العوامل الايكولوجية : (Elliot et al. 1970, Shaw et al 42)

ويهتم أنصار هذا الاتجاه بالربط بين انحرافات السلوك المختلفة وبين البيئة الفيزيقية التى يحيا فيها ، والتى قد تتضمن ضغوطا مختلفة سيئة وأوضاعا قاصرة حضاريا بحيث تساعده على اكتساب أنواع شتى من السلوك المرضى أو المضاد للمجتمع والقانون ، وتتميز هذه المناطق كما تبين فى العديد من الدراسات الاجتماعية المختلفة بالتالى :

(أ) شيوع المساكن المتهدمة والضيقة والمزدحمة التى لا تتوافر فيها الشروط الصحية والتى عادة ما تكون فى أطراف المدن (Slum area) الأزقة ؛

(ب) انتماء السكان إلى أنماط ثقافية مختلفة فمنهم النازحون إلى المدينة من الريف ومنهم المهاجرون الذين أغراهم رخص إيجارات هذه المناطق بالسكن فيها .

(جـ) ارتفاع نسبة البطالة ومن ثم انخفاض المستوى الاجتماعى الاقتصادى .

(د) وجود صراع ثقافى (culrural conflict) بين هـــذه المناطق والمناطق التى تجاورها .

(هـ) عدم استقرار قواعد الضبط الاجتماعى فيها .

٤ – التعلم الاجتماعى : – (Sutherland 1964)

مؤدى هذا الاتجاه أن السلوك بعامة هو سلوك متعلم عن طريق التفاعل الاجتماعى بين الفرد والآخرين وأن معظم أنواع السلوك يتم تعلمها من خلال جماعة ما قد تكون الأسرة أو المدرسة أو جماعات الأتراب . وأن الفرد يكتسب مجموعة من الاتجاهات والمعتقدات المؤيدة أو المعارضة حيال الموضوعات المختلفة ، وذلك طبقاً لما تمليه عليه البيئة المحيطة به .

وعلى ضوء ما سبق يفسر بيكر (Becker 1955) سلوك مدمنى الماريجوانا بناء على التعلم الاجتماعى للسلوك ، فهو يرى أن خطوات تعلم الإدمان تتم فى خطوات ثلاث هى :

(أ) تعلم الطريقة الصحيحة للتعاطى .
(ب) الخبرة التخديرية وربطها باستخدام المخدر .
(ج) تعلم الاستمتاع بآثار المخدر .

وهذه الخطوات الثلاث تتم عن طريق التعلم الاجتماعى ، إذ من المتعذر على فرد ما أن يتعاطى مخدرا لم يسمع عنه من الجماعة ، كما أن ممارسة الخبرة التخديرية وتعلم الاستمتاع بها يتم وسط جماعة أيضاً .

٥ – السلوك محصلة للتفاعل بين الفرد والمجتمع : (Becker 1955)

يعتمد هذا الاتجاه على دراسات علم النفس الاجتماعى والطب النفسى وعلم النفس العام ، فالفرد والمجتمع وجهان مختلفان لعملة واحدة هى التفاعل الاجتماعى ، فالقوى الدينامية التى تنتج التفكك والانحلال الاجتماعى هى بعينها القوى الدينامية التى تنتج الانحلال وعدم السواء الشخصى . فاذا كانت

الشخصية تقوم فى أساسها على تبادل العلاقات بين الفرد والجماعة سواء فى طفولته أو فى رشده فان المجتمع المضطرب المفكك ينتج شخصيات مفككة مضطربة ، أو بمعنى آخر أن سواء وقوة الفرد ترتبط إيجابيا بسواء وقوة العلاقات التى تتضمنها الجماعة التى ينتمى إليها . فالعلاقات المتبادلة بين الفرد والمجتمع هى الأساس فى سواء السلوك أو عدم سوائه . ويفسر الاجتماعيون اضطراب هذه العلاقات على النحو التالى :

(أ) فشل عملية التطبيع الاجتماعى .
(ب) صراع الاتجاهات الفردية مع القيم الاجتماعية .
(جـ) الفشل فى أداء الدور الاجتماعى المتوقع من الفرد .

فعدم نجاح عملية التطبيع الاجتماعى يجعل العلاقات المتبادلة بين الفرد والمجتمع فى صورة فجة ، كما أنه يساهم أيضاً فى خلق الصراع بين ما يعتنقه الفرد من قيم واتجاهات ، وبين ما هو موجود فى المجتمع ، وذلك يؤدى بالتالى إلى فشل أداء الفرد لأدواره الاجتماعية (Kramer 1955)

(ج) إدمان الأفيون – نظرة قانونية تشريعية :–

كان الاتفاق الذى عقدته بريطانيا والصين سنة ١٩٠٨ والذى وافقت فيه بريطانيا على عدم تصدير الأفيون إلى الصين من الأسباب التى دعت الولايات المتحدة الأمريكية إلى طلب عقد مؤتمر للأفيون (Ray 1972) ، وبالفعل عقد أول مؤتمر دولى فى شنغهاى سنة ١٩٠٩ وكان يضم أربع عشرة دولة ومن أهم نتائجه تكوين اللجنة الدولية للأفيون سنة ١٩٠٩ ثم تلا ذلك العديد من المؤتمرات والمعاهدات (أحمد الحادقة ١٩٧١) .

نذكر منها ما يلى :

(أ) اتفاقية الأفيون الدولية الموقعة فى لاهاى سنة ١٩١٢ : التى فرضت بموجبها الرقابة الدولية على المخدرات ، كما وضعت المبادىء الأساسية للرقابة التى استخدمت فيما بعد أساسا للاتفاقيات التى مازالت منفذة حتى الآن مثل نظام التراخيص أو الأذون على كافة المستويات التجارية ، وإعداد السجلات لدى كل من يعمل فى تجارة المخدرات ، ومنع حيازة المخدرات دون ترخيص ، ومنع تجارة المخدرات .

وفى خلال نفس السنة أنشئت اللجنة الاستشارية الاتجار بالأفيون والمواد الخطرة الأخرى والتى عرفت باسم لجنة الأفيون بعصبة الأمم .

(ب) الاتفاقية الخاصة بصناعة الأفيون المستخرج والاتجار فيه داخليا واستعماله ، الموقعة فى ١١ فبراير ١٩٢٥ والمعدلة بالبروتوكول الموقع فى نيويورك فى ١١ ديسمبر ١٩٤٦ .

(حـ) الاتفاقية الدولية للأفيون الموقعة فى ١٩ فبراير ١٩٢٥ والمعدلة بالبروتوكول الموقع فى نيويورك فى ١١ ديسمبر ١٩٤٦ .

وأهم ما نصت عليه هاتان الاتفاقيتان ما يلى :

١ — تكوين اللجنة المركزية الدائمة للأفيون ، وذلك لتلقى البيانات والإحصاءات السنوية الخاصة بانتاج الأفيون وصناعته وتوزيعه وتقارير كل ثلاثة أشهر عن استيراد وتصدير المواد المخدرة .

٢ — إدخال أوراق الكوكا ضمن المواد المخدرة التى تنطبق عليها أحكام الرقابة والتجارة الخارجية .

٣ — منع تصدير المادة الصمغية المستخرجة من القنب الهندى واتخاذ الإجراءات اللازمة لمنع الاتجار غير المشروع فيه .

(د) الاتفاقية الخاصة بتقييد صناعة المواد المخدرة وتنظيم توزيعها الموقعة فى ١٣ يوليو ١٩٣١ والمعدلة بالبروتوكول الموقع فى نيويورك فى ١١ ديسمبر سنة ١٩٤٦ ، وأهم ما نصت عليه :

١ — إدخال نظام التقديرات وإلزام الدول المتعاقدة باخطار اللجنة المركزية الدائمة للأفيون باحتياجاتها من المواد المخدرة سنوياً .

٢ — تكوين هيئة الرقابة على المخدرات لفحص هذه التقديرات .

٣ — إلزام الدول بضرورة إنشاء مصلحة خاصة يكون مهمتها تنظيم استعمال العقاقير المخدرة ومكافحة الاتجار غير المشروع فيه .

(هـ) معاهدة سنة ١٩٣١ لرقابة استهلاك الأفيون المعد للتدخين بالشرق الأقصى والمعدلة بالبروتوكول الموقع فى نيويورك فى ١١ ديسمبر سنة ١٩٤٦ .

(و) الاتفاقية الخاصة بمكافحة الاتجار غير المشروع فى المواد المخدرة الموقعة فى ٢٦ يونيو سنة ١٩٣٦ ، وأهم ما نصت عليه :

١ ـ تحديد الأفعال التى يجب على الدول اعتبارها من الجرائم المعاقب عليها بالنسبة للاتجار غير المشروع بالمخدرات .

٢ ـ الاعتراف بأحكام الإدانة الصادرة من الدول الأجنبية فى اعتبار المجرم عائدا فى جرائم المخدرات .

٣ ـ اعتبار جرائم المخدرات من الجرائم الموجبة قانونا لتسليم المجرمين بين الدول التى تربطها معاهدات تسليم المجرمين أو تأخذ بمبدأ التعامل بالمثل .

٤ ـ تنظيم الاتصالات المباشرة بين السلطات المختصة بالبلدان المختلفة بعيدا عن تعقيدات الاتصالات الدبلوماسية .

(ز) البروتوكول الموقع فى نيويورك فى ١١ ديسمبر سنة ١٩٤٦ :

ويتضمن الأحكام الخاصة ببيع الأفيون بالتجزئة وتدخينه بمنطقة الشرق الأقصى وضرورة قيد أسماء المدمنين بسجلات خاصة .

(ح) البروتوكول الموقع فى ١٩ نوفمبر سنة ١٩٤٨ باخضاع المواد المخدرة غير الخاضعة لأحكام اتفاقية جنيف لسنة ١٩٣١ إلى الرقابة الدولية

وفيها تم السماح لإخضاع المخدرات التخليقية التى أشارت منظمة الصحة العالمية إليها تحت الرقابة ، تلك المخدرات التى لم تكن خاضعة لاتفاقية ١٣ يوليو سنة ١٩٣١ .

(ط) البروتوكول الموقع فى ٢٣ يونيو سنة ١٩٥٣ الخاص بتحديد وتنظيم زراعة الخشخاش وإنتاج الأفيون الخام والاتجار الدولى أو الاتجار بالجملة واستعماله ، وأهم ما نص عليه :

١ ـ إنشاء هيئة حكومية تختص باصدار التراخيص الخاصة بزراعة

الأفيون والمساحات التى تزرع به ومباشرة استلام هذه المحاصيل بعد حصرها مباشرة والقيام بجميع الأعمال التجارية الخاصة به .

٢ — منح اللجنة المركزية للأفيون سلطة طلب المعلومات الإيضاحية من الدول التى تتعرض فيها أغراض الاتفاقية للخطر ودعوتها إلى اتخاذ اجراءات علاجية حسب ما تقتضيه الحالة فى هذه الدولة . كما منح اللجنة الحق فى فرض الحظر الإجبارى على استيراد وتصدير المخدرات من وإلى هذه الدولة .

(ى) الاتفاقية الموحدة للمواد المخدرة لسنة ١٩٦١ وقد جمعت هذه الاتفاقية أحكام معظم الاتفاقيات السابقة وصيغت بطريقة تتفق مع رغبات جميع الدول بما يبعد أحكامها عن كل ما يتعرض لسيادة الدول . إلا أن ما تجدر الإشارة إليه بالنسبة لهذه الاتفاقية أنها نصت على أن يقصر استعمال المخدرات على الأغراض الطبية والعلمية . وقد امتدت هذه التدابير إلى أوراق الكوكا والحشيش .

(ك) الاتفاقية الخاصة بالمواد المؤثرة على الحالة النفسية لسنة ١٩٧١ . وتنص على إخضاع المواد المؤثرة على الحالة النفسية للرقابة الدولية بعد أن انتشر استعمالها انتشارا خطرا فى أنحاء متفرقة من العالم .

والمتتبع لكل الاتفاقيات يجد أنها تهتم بناحيتين أساسيتين ، هما الإنتاج والاتجار غير المشروع فى المخدرات ، والرقابة الدولية لمكافحة الاتجار غير المشروع وذلك عن طريق توسيع نطاق الرقابة على كل العقاقير المخدرة ، وقصر إنتاج الأفيون على دول معينة والرقابة على الاتجار ، والرقابة على التهريب ، والتعاون الدولى وتبادل الخبرات فى هذا المجال (سعد المغربى ١٩٦٦)

والنشاط الدولى لا يقدم سوى مقترحات وتوصيات يكفى ألا تلتزم بها دولة ما فتصبح مقرا للزراعة والاتجار والتهريب والإدمان .. كذلك فان

التشريعات الخاصة بالمواد المخدرة قد تركت لكل دولة على حدة بحيث تتخذ ما يلائم ظروفها من تشريعات .

وإذا نظرنا إلى الجهود الدولية من زاوية كميات الأفيون المستهلكة فى غير الأغراض الطبية لوجدنا أن هذه الكميات كانت سنة ١٩٢٩ أربعة أطنان ، وفى سنة ١٩٦٦ ألف ومائتى طن (أحمد الحادقة ١٩٧١) . أما سنة ١٩٧٢ فقد كانت الكمية تعادل ٩٠٪ من المنتج فى هذه السنة (W.H.O. 1973)

ولم تهتم الجهود الدولية الاهتمام الكافى بالجانب الإنسانى فى الإدمان ، ألا وهو المدمن نفسه إلا فى وقت قريب جدا منذ سنة ١٩٧٠ وذلك عن طريق التوصية بعمل بحوث عن المدمنين أنفسهم وعقد مؤتمرات لمختلف العاملين فى هذا المجال من أطباء سيكياتريين وعلماء نفس واجتماعيين بقصد تبادل الخبرات (W.H.O. 70)

(د) إدمان الأفيون : نظرة طب نفسية وفارماكولوجية : —

ترى نيسواندر (Nyswander 1959) أن الإدمان لا يتبع نمطا عصابيا واحدا ، إذ أظهرت الدراسات أن نسبة حدوث الاضطرابات الذهانية بين المدمنين ليست أكثر منها لدى غيرهم ، كما أنها قامت بتقسيم شخصيات المدمنين بناء على دراساتها وبحوثها فى هذا المجال إلى فئات ثلاث هى :

١ — شخصيات غير كفوءة (Inadequate Personalities)
٢ — اضطرابات خلقية .
٣ — مختلف أنواع العصاب .

كذلك فان التشخيص السيكاتيرى ليس على درجة كبيرة من الفائدة فى التنبوء بطرق العلاج ، فهناك مجموعات من الحديين (Border) من الذهانيين عادة ما يخبرون الإدمان ثم يتحررون منه . كما أن أصحاب الاضطرابات الخلقية عادة ما يكونون مدمنين غير دائمين . فالإدمان قد يكون فى أى بنيان سيكولوجى كما أن المدمن قد يشفى من مرضه دون حاجة إلى تغيير عميق فى شخصيته . ومما لا شك فيه أن العوامل السيكولوجية هى التى تحدد ارجاعات الفرد للعقار ، وبخاصة لماذا يختار العقار . إذ تبين أن الأفراد الذين تخلصوا من الألم عن طريق المواد البلاسيبو (Placebo) يفضلون الافيونيات على العقاقير الأخرى (Felsinger et al 1955) وقد بين شين (Chien 1957) فى دراسته مع المدمنين من الأحداث وجود اضطرابات سيكاتيرية أولية سابقة على تعاطى العقار تساعد على قيام الفرد بالإدمان ، كذلك أوضح جيرارد أن الأحداث المدمنين هم أفراد مضطربون ويحتاجون المساعدة فى حل مشكلاتهم سواء أخذوا العقار أم لا ، كما أن تصورهم لذواتهم هو تصور غير واقعى ولا يستطيعون تحقيقه إلا من خلال المخدر والاستخدام المتكرر له .

أما وكلر (Wikler 1959) فانه يكون نظريته عن الإدمان على أساس دراسته على الحيوانات والبشر وهو يرى أن الدور الذى تقوم به المخدرات يقوم على أساس الحاجات الأولية للكائن الحى وهى الجوع والحاجات الجنسية والعدوان وإزالة القلق والألم . فعندما يقول المدمن أنه سوى Normal بالمخدرات فانه فعلا كذلك ، إذ أنه يشعر بالرضى الجنسى والاشباع الغذائى والخلو من القلق والألم وعدم وجود نزعات للعدوان . ويرى وكلر أنه مهما اختلفت التقسيمات التقليدية للشخصية ، فان المصدر الرئيسى لدى المدمنين هو القلق الذى يرتبط عندهم بالألم والجنسية والتعبير عن العدوان ، فالصورة الدينامية للمدمن تتضمن :

١ – احتمال وجود مشاكل شخصية أولية .
٢ – حفزات جنسية وعدوانية عادية .
٣ – قلق لا يحتمل عند إرضاء هذه الحفزات بالطرق المعتادة .
٤ – معرفة بالعقار الذى يرضى فارماكولوجيا هذه الحفزات .
٥ – خلق حاجة جديدة « هى الحاجة إلى المخدر » عند استخدام العقار .
٦ – كل الإرجاعات الثانوية العامة والمكاسب الناتجة عن استخدام المخدر .

ير ركلر (Wikler 1971) أنه من الوجهة الدينامية فان آثار الافيونات رجع إلى الدوافع السابقة وإن كان التخلص من الألم والمتاعب الفسيولوجية هما أهم تلك الدوافع ، كما أن الاعتماد الفسيولوجى الناتج عن التعاطى المتكرر يضيف حاجة عضوية جديدة هى استحضار الدافع إلى تعاطى العقار الذى يؤدى خفضه إلى تعزيز إيجابى وهذا الدافع الجديد يجعل المدمن موجها نحو هدف أساسى هو الحصول على الأفيونات وتعاطيها بصورة متكررة . أى إن الإدمان يخلق مصدرا جديدا للتعزيز ، مصدر لايستطيع مصدرآخرمشاركته. وفى دراسة له مع رازر (Wikler et al 1953) فانه يقسم المدمنين إلى عصابيين يبحثون عن النشوة السلبية لتخفيف

القلق وسيكوباتيين يبحثون عن النشوة الايجابية وذهانيين يبحثون التخفف من الاكتئاب وقمع الهذاءات .

أما رادو (Rado 1963) فيعزو الاستهداف للإدمان تخمينا إلى وجود استعدادات ذات أصول جينيه (genetically rooted predisposition) تجعل الذات فيما بعد تشعر بأن لها اقتدارا وقوة أولية أكثر من الغالبية العظمى من بقية أفراد المجتمع . وتبعاً لهذا الاستعداد فان سعادة التخدير تظهر استجابة الشعور بالعظمة . ومفهوم العظمة هذا هو الذى يجعل اللهفة لا يمكن التحكم فيها . وتؤكد ذلك نيسواندر (Nyswander 1959) فتقول : إن أحلام يقظتهم مليئة بالاحساس بالاقتدار والعظمة والأفكار السحرية ودائما ما تظهر فى اسقاطاتهم البارانويدية مشاعر عدم الثقة وعدم القدرة على التعامل مع الغير دون نمط نرجسى .

ويصفهم هوفمان (Hoffman 1969) بأن لديهم انخفاضا شديدا فى تقديرهم لذواتهم ، فهم بدون العقار يعانون من الاكتئاب الشديد الذى لا ينتهى إلا بالزهو الفارماكولوجى (Pharmacological elation) الناتج عن التعاطى والذى يتميز بنقطتين أساسيتين هما :

١ ــ أن الأنا هو الذى يستحضره وبارادته وعلى ذلك يعطى المدمن إحساسا بالاقتدار والسيطرة على مزاجه .

٢ ــ ما يسمى بالإنعاظ الغذائى (alimentary orgasm) فالمدمن إذا كان يشعر بالاكتئاب فانه يحتاج إلى أداة تثير لديه النشوة وتعمل أطول فترة ممكنة .

كذلك فالاتصال الجنسى هو فترة قصيرة جدا خالية من الاكتئاب لذا فهو يحتاج إلى ما يطيل فترة النشوة وهذا ما يجده فى الأفيون . إن المدمنين إذا تلقوا أنباء حزينة فانهم سرعان ما يتملكهم الإحساس بالاكتئاب ولأنهم

يعزون اكتئابهم لعدم وجود قيمة لهم فانهم يظهرون بعض مشاعر العداء للانتقام غير أن عدوانيتهم تثير لديهم الخوف . وحلا لهذا الموقف المؤلم فانهم يخرجون منه تماما بالهيروين الذى يعطيهم الحل المثالى فهو يساعد على تهبيط العدوان وزيادة احترام الذات .

أما رازار (Rasor 1959) فيرى أن تعاطى المخدرات نوع من المرض العقلى وأن الدافع إلى التعاطى هو دافع قهرى يدعمه الاعتماد الجسمى على العقار ، كما أنه يرى أن اعتبار الذات لدى المدمنين منخفض وأن الإدمان قد يكون وسيلة لتصريف العدوان سواء كان هذا العدوان موجها نحو الذات أم نحو الموضوع أم نحو المجتمع ، كذلك فان الاضطرابات المشتركة الشائعة بينهم هى المزاج المبتئس والاضطرابات الجنسية والاضطرابات فى العلاقات الجنسية .

ويقسمهم شين وآخرون (Chien et al. 1964) إلى أربعة أنماط رئيسية هى :

١ – الفصام البسيط .

٢ – الفصام الظاهر .

٣ – اضطراب خلقى عدوانى .

(أ) إجرام سيكوباتى مزيف .

(ب) خلق فمى .

٤ – قصور وعدم كفاية فى الشخصية (inadequate personality)

وقد بينت دراسة رادو (Rado 1957) أن الإدمان قناع لمداراة الاكتئاب

أو هو وسيلة لتفادى الاكتئاب ، كما أن زمرنج (Zimering et al 1951) بين أنهم غير قادرين على تحمل الاحباط . كما أوضحت دراسة كولب (Kolb 1952) أنه لا توجد علاقة بين ارتكاب الجرائم والإدمان، أى أنه لا يمكن القول أن الإدمان من الممرات المؤدية إلى ارتكاب الجرائم ، فانتشار الجرائم بين المدمنين لا يختلف عن انتشارها بين غير المدمنين .

وقد أشارت كل دلائل هذه الدراسة على أنهم يعانون من اضطرابات عميقة الجذور فى الشخصية ، على الرغم من أن التشخيص السيكاتيرى يميل إلى تصنيفهم فى مجموعة واحدة من المدمنين هم المدمنون الأحداث . كذلك فهم لا يستطيعون تكوين علاقات طويلة وقوية من الصداقة مع أقرانهم أو مع الراشدين ، ولديهم صعوبات فى أدائهم لدورهم الذكرى ويغمرهم الاكتئاب العام والاحساس بعدم النفع وتوقع الفشل ومن السهل وقوعهم فى الاحباط والقلق . إن الهيروين لديهم له دور وظيفى فهو يخلصهم من الضغوط الواقعة عليهم ويجعل من السهل عليهم أن ينكروا أو يتحاشوا مواجهة مشكلاتهم الشخصية العميقة ، وعلى العكس من المفهوم الشائع من أن العقار يقدم المزيد من السعادة الايجابية ، ففى الحقيقة أنه يقدم الخلاص من الشقاء فقط . ففى ٥٢ حالة التى درسها « كولب » كان نصفها يصنف كاضطرابات خلقية . وكانت الأنماط السائدة لدى الاناث منها هى النمط السادى المازوخى ، والغضب والعدوان والنمط السيكوباتى البارد . أما الذكور فكانوا يتميزون بالاعتماد الفمى والجناح شبيه السيكوباتى . وقد كان ربع الحالات فصامية حدية ، وسدس الحالات فصام ظاهر والباقى شخصيات غير متلائمة . وكانت اضطراباتهم الذهنية تتمثل فى إقلالهم لاعتبار ذواتهم والنشوة السلبية والاكتئاب كما أن لديهم تناقضا وجدانيا واضحا حيال الأم .

ويعد العرض السابق عرضا لأهم الدراسات والاتجاهات التى تمت

إلى بداية الستينات وعلى ذلك فان العديد منها أصبح تقليديا وغير حديث ، هذا بالإضافة إلى زيادة اهتمام العاملين فى حقل الطب النفسى الدينامى بديناميات الشخصية وبخاصة المبادىء الخاصة بالتحليل النفسى . والدراسات والاتجاهات التالية تعد أحدث اتجاهات الطب النفسى حيال الإدمان .

ففى دراسة قام بها شين وآخرون (Chien et al. 1964) لم يتساءلوا عن السبب الذى يدفع الفرد لإدمان العقاقير وهل هو تحد للمخاطرة ، أو هل هى جاذبية الممنوع أو تحدى السلطة أو قوة الحاجات الذاتية المدمرة أو الانتماء إلى جماعات المهربين أو محاولة إثبات الوجود أو إحساس الفرد بأنه وحيد فى مجتمع عدائى إلى آخره من الأسئلة التقليدية ، وإنما قاموا بدراسة لديناميات الشخصية لدى الأحداث المدمنين من جوانب مختلفة . وقد تبين لهم أن ½ هؤلاء الجانحين قادمون من بيئات محرومة حضاريا ويمكن وصفهم بأنهم جانحو التوجه للحياة ومتشائمون وسلبيون وغير واثقين فى الغير ، كما أنهم ينحدرون من أسر يشيع فيها الهجر أو الطلاق وعدم وجود ذكر أكبر ، كما يشيع فيها العدوان ولا يوجد الدفء ويكثر الاحباط .

وقد ركز هارتمان (Hartman 1969) أساسا على جانب الدفاع لاستخدام العقار ، الرغبة فى تحاشى الآثار المؤلمة (الاكتئاب) والحاجة إلى تغيير الموضوع المفقود ، فشخصيات المدمنين القهريين عادة ما يكون لديها تثبيت فمى أو نكوص فمى بينما يكون الإدمان لدى المدمنين العرضيين عرضا لتحد ناشب وقائم .

ومن الوجهة البنائية فان المدمن القهرى إما أن لديه كفا عاليا (سلبية شديدة) بالنسبة للعدوان أو أن لديه دفعات من انفجارات العدوان لا يستطيعون السيطرة عليها ، وتظهر وظائف الأنا والأنا الأعلى لديهم محطمة وهم تحت تأثير العقار ، كما أن معظمهم تعرض للاكتئاب قبل استخدام العقا وقلل استخدام العقار من اكتئابه .

أما ويدر وكابلان (Waeder and Kaplon 1969) فيريان أن الاستخدام المزمن للعقاقير الذى يعتقد أنه يحدث نتيجة لمرضية الأنا إنما يضيف لهذه المرضية من خلال سعى شعورى أو لا شعورى نكوص الأنا . فالدافع الشعورى الرئيسى ليس هدفه الاستمتاع الجنسى ولكن هدفه الرئيسى هو استحضار خفض فارماكولوجى للضغوط التى لا يستطيعون التعامل معها بمجهوداتهم السيكولوجية . كذلك فان العقاقير المختلفة تنتج حالات من النكوص مختلفة تماثل أو جها محددة من أوجه النمو المبكرة . ويرسو المدمن برغباته وميوله إلى حل نكوص معين لصراعاته توصله إليها فارماكولوجية العقار .

فالخبرة المتكررة للرضا تكون مبدأ التفضيل للعقار . وكلما زادت الحاجة إلى استمرار الحصول على الآثار الفارماكوجينية كانت المرضية أكبر . فالعقاقير إذن تعمل كمنشطات للتعديل وإعادة توزيع الطاقة والترقيع البنيانى . فوجود مادة كيميائية تسهل للمدمن تغيير مزاجه وطريقة مواجهته لصراعاته فانها تصبح عقاره المختار . أى أن العقار يقدم حالة النكوص بينما يقدم المدمن نفسه الميول النكوصية . فالعقار يقدم الشكل النكوصى الذى يرغبه الفرد بينما ديناميات الشخصية هى التى تحدد الميل النكوصى . فالمدمن إذن فرد يعانى من تفكك نكوصى حقيقى وبنيانات خاطئة فى طفولته المبكرة ، وهذا من قبل أن يفكر فى تعاطى المخدرات .

أما كريستال وراسكين (Krystal and Raskin 1970) فيريان أن علة استخدام العقاقير تقع فى البنيان السيكولوجى ووظيفية الكائن الحى ، أكثر مما تقع فى الآثار الفارماكولوجية للعقار . فالعقار ليس مشكلة ولكنه محاولة لمساعدة الذات غير المتوافقة على التوافق . إن الاعتماد على العقاقير وظيفة ظاهرة للذات فهو نوع من التكيف وقد يكون الميكانيزم التوافقى الوحيد لمشاكل الفرد المتاح أمامه فى هذه اللحظة . ويعتمد تفسيرهم للإدمان على ثلاثة جوانب من تفاعل شخصية المدمن هى :

١ ــ الوجدان (affect) .
٢ ــ تصور الموضوعات (object representations)
٣ ــ تعديل الشعور .

فالمدمنون لديهم وجدان خليط من الاكتئاب والقلق بصورة مضطربة تجعل من الصعب عليهم التميز بين القلق والاكتئاب ، كما أنهم أحيانا لا يستطيعون ممارسة هذا التميز بنجاح أبدا ويبدو أن وجدانهم ينكص إلى مرحلة الطفولة الأولى والتي كان يعبر فيها الكائن الحي بكليته عن مشاعره وأحاسيسه بخاصة التعبير الجسمي الكلي .

أما بالنسبة لتصور الموضوعات فان لديهم تناقضا وجدانيا يتمثل فى الجمع بين الاعتماد الفمي والاحساس غير العادى بالذنب ، فتوجد لدى المدمنين ظاهرة توأمية هى اللهفة على إعادة الاندماج فى الحياة والحاجة الملحة للانفصال فهم لفشلهم فى تمثيل الموضوعات يلجأون للعقار الذين يستطيعون بسهولة أن يتحكموا فيه ويستدعوه مرات ومرات كما أنه يقلل من خطر الموضوع ، ويحل محل الموضوع الرئيسى للحب أو كما تقول « دورسى » أنه صورة متطرفة من صور الطرح .

وأخيرا فانهما يصفان تغير الشعور وخاصة عدم التوجه وعدم الترابط كدفاعات رئيسية تقف سدا حائلا أمام المواجهة أو التخلص من الحفزات الخطرة . فهم يتعاملون مع مشكلاتهم عن طريق معالجة (Manipulating) وظائفهم الحسية والادراكية بدلا من التعامل مع المصادر الحقيقية لمشاعرهم غير السارة عن طريق حل المشكلات أو عمل تغيرات كيفية . إن المدمن يخدع نظامه الادراكى ، فاذا كانت لديه أفكار وآراء مخيفة فإنه يبحث عن النكوص إلى مرحلة مبكرة وإلى تجارب ذات صبغة هلاوسية مرئية أو مسموعة . أى إنه يميل إلى تعديل شعوره أساسا كطريقة لتعديل حالته الحسية. وتؤكد النتائج التى توصل إليها كرول وآخرون (Kroll et al. 1974)

فى دراستهما سنة ١٩٧١ حول ديناميات جماعة من مدمنى الهيروين من الطبقة المتوسطة أنهم ذوو شخصيات سلبية وأنهم اتكاليون وأقل اعتبارا لذواتهم ، وأن تاريخهم التحصيلى سيء إذا ما قورنوا باترابهم وأن آباءهم بعيدون عنهم وسلبيون ومنهمكون فى أعمالهم كما أن أمهاتهم تتصف بالحماية الزائدة ، كما أن أسرهم كانت تفتقر إلى الدفء وعدم وجود نمط ذكرى للتوحد .

ونعرض فيما يلى إلى فارماكولوجية الإدمان من نواح رئيسية ثلاث هى الآثار الفارماكولوجية للأفيون ، التفسير الفارماكولوجى للإدمان ، بعض الدراسات الفارماكولوجية للإدمان .

(أ) الآثار الفارماكولوجية للإدمان
Krontz et al. 1961, Roy 1972 Rashad Helmy.)

لما كان المورفين هو العنصر الرئيسى الفعال فى خام الأفيون ، وأنه يشكل نسبة ١٠ ٪ منه فسوف نعرض إلى الآثار الفارماكولوجية للمورفين فقط ، وخاصة أن جميع مستحضرات الأفيون الطبيعية والمحضرة تحضيرا معمليا تماثل فى آثارها تلك الخاصة بالمورفين .

ينصب الأثر الفعال للمورفين على الجهاز العصبى المركزى والقناة الهضمية والعضلات الملساء والجلد وعمليات الأيض وإنتاج الهيستامين ، فكل الدلائل تشير إلى أنه يعمل على خفض الألم والتخلص من الدوسنطاريا والاسهال . والنوام (Narcosis) وانهباط مراكز التنفس وهذا ناتج أساسا من تأثيره على الجهاز العصبى المركزى ، كذلك فان إدراك عتبة الألم ترتفع ويختفى الألم المتوسط الحدة ، أما الألم الشديد الحدة فانه يصبح محتملا وبالإضافة إلى ذلك فان النوم يساعد على منع الاحساس بالألم ، وقد وجد أن جرعة من ٥ — ١٠ ميلليجرام تصيب الفرد بالنوام وتخلصه من الآلام وتجعله يشعر بالنشوة ، ويستدل على النوام بعدم القدرة على التركيز وفساد

العمليات العقلية والفسيولوجية وكل مشاعر الألم غير السارة إلى الهرش الناتج عن زيادة إفراز الهيستامين وانهباط التنفس الناتج عن انهباط مراكز التنفس والمخ وضيق الحدقات الشديد .

وتقول بعض التقارير المعملية أنه لا يؤثر على عتبة الألم . ومن المحتمل أن يكون المورفين مخفضا للألم عن طريق عمليتين أساسيتين فى المخ إحداهما انهباط تأثير جهاز الاستثارة فى المخ ،ومازالت هناك مناقشات حول ما إذا كان ذلك عن طريق جهاز التنشيط الشبكى (ricticulator activating system) وثانى هذه العمليات هى تأثيره الانهباطى على جهاز الأطراف الذى له عدة مناطق ضرورية فى الرأس للاستجابة الانفعالية ، فالمورفين يقلل من النشاط الكهربى لجهاز الأطراف . وهاتان العمليتان معاً ، النقص العام فى مراكز الاستثارة والألم والنقص فى المراكز الانفعالية فى المخ قد يكونان الأساس فى نقص المعاناة وإنهاء الوعى بالألم بعد أخذ المورفين .

ويجعل المورفين التنفس بطيئا وضحلا عن طريق تأثيره الانهباطى على مراكز التنفس فى المخ ، وبهذا الأثر من الخطورة بمكان إذ أنه قد يودى بحياة المريض أو المدمن فى حالة الجرعات الكبيرة (Over doses) وذلك على أساس أن مراكز التنفس تكون أقل استجابة لمستويات ثانى أكسيد الكربون فى الدم فتقضى بذلك تماما على الأكسجين .

وتكون حدقة العين ضيقة جدا كرأس الدبوس حتى لو تعرضت لإظلام شديد أو ضوء متوسط وهى تستجيب لتغيرات الضوء فى أدنى صورة ممكنة .

وينبه المورفين مراكز التحكم فى القيء والغثيان فعادة ما يحدث الغثيان فى نصف الحالات التى تم إسعافها ، وبعض المدمنين يضبطون جرعاتهم على أساس قدرتها على إثارة القيء والغثيان (feeling good sick) (Elliott 1972)

وتقل استجابة الهيبوثلاموس للمؤثرات الخارجية مما يفسد تنظيماته

لوظائف التوازن الحيوى فتقل درجة حرارة الجسم قليلا وتستبقى السوائل داخله بالإضافة إلى نقص واضح فى إفرازات الغدة النخامية .

وبينما تؤدى الممرات الحسية وظائفها بصورة عادية فان الاستجابة للألم هى التى تنتهى وينهبط التنفس ويحدث الغثيان عن طريق التأثير على مراكز المخ الدنيا وتقل استجابة الهيبوثلاموس ويقل نشاط الغدة النخامية .

وفى بعض الحالات وبخاصة عند النساء فان المورفين يسبب استثارة بعض الهذاءات والاضطرابات . كما يؤثر الأفيون على مراكز الكحة تأثيرا انهباطيا وعلى الحبل الشوكى وعلى الجهاز الحشوى مما يجعل ظاهرة الإمساك التى نجدها عادة عند المدمنين كثيرة الشيوع ، كذلك فان له تأثيرا انهباطيا على العضلات الملساء .

كذلك فان المريض أو المدمن عادة ما يميل إلى حك جلده وهرشه بعد فترة من تناول الجرعة . وذلك لأن المورفين يساعد على اطلاق الهيستامين مما يجعل الفرد يشعر بوخز فى أنحاء الجسم يشبه وخز الإبر والدبابيس ، وهذا يساعد المدمنين على أن يتبينوا أن ما أخذوه هو العقار فعلا .

(ب) التفسير الفارماكولوجى للإدمان :

يمكن أن نتبين العديد من التفسيرات الفارماكولوجية لظاهرة الإدمان فنجد أن فيكتور (Victor 1950) يذكر ثلاثا منها هى :

١ – نظرية التغير الكيميائى ، وتعلل ذلك بان طاقة العقار تنشأ عن زيادة هدم وإفراز المورفين فى الجسم ، كما يرى من يشايعون تلك النظرية أن المورفين فى الجسم يتحول إلى مضاد مورفين . وعلى ذلك تنشأ زيادة الحاجة للمزيد من العقار .

٢ – نظرية الفعل المزدوج للعقار . فلما كانت الأفيونيات بعامة لها بعض

الآثار الانهباطية وبعض الآثار المنبهة على الجهاز العصبي المركزي ، ولما كانت آثار التنبيه هي التي يكون لها صفة السيادة ، فان ذلك يخلق الاطاقة وطلب المزيد من الجرعات .

٣ ــ نظرية احتمال الخلايا ويرى من يشايع هذه النظرية أن خلايا الجسم يحدث فيها تغير دائم يجعلها أكثر حساسية لآثار التنبيه مما يجعلها تحتاج المزيد من المورفين لكى تعود إلى حالة التوازن الأولى .

وإذا كانت هذه الاتجاهات الثلاثة السابقة تركز على الأسباب التي تساعد على خلق الاطاقة فان هناك العديد من النظريات والافتراضات التي وضعها العاملون فى مجال الفارماكولوجى لتفسير عمل المورفين نذكر منها :

١ ــ نظرية المستقبلات (Ray 1972.) ــ ويؤمن بها العديد من الباحثين وهى تقوم على أساس أن هناك مستقبلات معينة فى الخلايا العصبية لديها حساسية للمواد المخدرة ، وهذه المواد المخدرة لا تؤدى تأثيراتها إلا نتيجة لاتحادها مع تلك الخلايا ، ولا تتأثر هذه المستقبلات بالمحولات العصبية ، وأنها فى حالة غياب المخدرات فانها لا تستخدم مدى الحياة . وهذا الاتحاد بين المستقبلات والمواد المخدرة لا يؤثر على عمليات الأيض ، إلا من خلال بعض نقط التقاء الموصلات ، ولا تظهر الإطاقة نتيجة لهذه العملية ولكن عن طريق التأثير الأيضى . وقد استخدمت موانع البروتين المركبة (Proteine synthesis inhibitors). فى فصل الآثار التخديرية ونمو الاطاقة ، فكانت هذه الموانع تعدل فى عمليات الأيض للخلايا العصبية عن طريق منع بنيان البروتين . وهذه الموانع نفسها لم تؤثر فى القوة التخديرية للمورفين أو ما شابهه ولكنها منعت الاطاقة .ومن الممكن القول أن التغير العام فى عمليات الأيض للخلايا العصبية مسئول مباشرة عن الاطاقة والإدمان الفسيولوجى وليس الأثر التخديرى مسئولا عن ذلك .

٢ ــ نظرية التأثير الانزيمى : وهم يرون أن المخدرات تؤثر فى

الانزيمات المسئولة عن تركيب واحد أو أكثر من الموصلات العصبية ومازالت هذه النظرية فى دور الافتراضات والتجريب .

(ج) بعض الدراسات الفارماكولوجية :

لم تحظ دراسة السيكوفارماكولوجى بالاهتمام من قبل علماء النفس القدامى من أمثال كريبلين وريفرز وغيرهم . ولم تبدأ مؤتمرات السيكوفارماكولوجى إلا منذ سنة ١٩٥٢ (Trouton et al. 1961.) وقد بلغ عددها ١٢ مؤتمرا ، واشترك فيها العديد من أصحاب التخصصات المختلفة من أمثال الصيادلة والكيميائيين والبيوكيميائيين والفسيولوجيين والسيكاتيريين والسيكولوجيين . ذلك أن موضوع العقاقير يعد أرضا مشتركة حدية بين مختلف العلوم ولا يستطيع أحد بعينه أن يزرع فيه وحده وأن يجنى منه شيئا مفيدا .

وقد أورد وكلر (Wikler 1950) تفصيلات عن أثر المورفين على الجهاز العصبي المركزى ، كما أن هاردى وولف وجوديل قاموا بتجارب رائدة فى مجال القياس التجريبى لأثر المخدرات على عتبة الألم ، وأضاف هاردى سنة ١٩٤٦ أنه لا توجد فروق فى عتبة الألم راجعة إلى الجنس أو السن أو السلالة أو الخلفية الثقافية ، واختلفت نتائجه مع نتائج بيتشرز سنة ١٩٥٦ . كذلك فقد تبين لولف وهاردى وجوديل سنة ٤٠ / ١٩٤١ أن المورفين والاسبرين والمخدرات ترفع عتبة الألم ، ولكن هاريس وبلوكس سنة ١٩٥٢ لم يجدا فروقا فى رفع عتبة الألم من الاسبرين والكودين من جهة مقابل البلاسيبو من جهة أخرى .

وفى التجربة التى قام بها كلاردج سنة ١٩٦٠ (Claridge 1961) تبين له أن أداء من أخذوا حبوب الميبرومات والبلاسيبو أسوأ بكثير ممن لم يأخذوا أى شىء .

(هـ) إدمان الأفيون — نظرة نفسية :

الخصائص النفسية :

اختلفت آراء علماء النفس حول الخصائص النفسية ونوع الشخصية التي يتميز بها المدمن عن غير المدمن . فيرى هارمس (Harms 1973) أن الاكتئاب هو العامل الأساسي للإدمان سواء عند الخبرة الأولى أم عند العودة إليه بعد الانقطاع . ويتفق معه سميث (Smith 1971) الذي يقول أن المدمن لديه اكتئاب مزمن من قبل استخدام المخدر مع عدم القدرة على إرجاء الاشباع وعدم النضج وعدم القدرة على تحمل الضغوط ، هذا مع وجود أنماط متعددة لشخصيات المدمنين تميزهم عن غير المدمنين .

أما كولمان (Coleman 1972) فيرى أن الخصائص النفسية تختلف تبعا لنوع المدمن ذلك أنه يرى أن المدمنين أنواع ثلاثة ، الأول هو فئة المرضى الذين تحولوا إلى مدمنين لارتباط الإدمان لديهم بالتخلص من الألم ، والأطباء الذين أدمنوا المخدرات . ويتسم هؤلاء المرضى بعدم النضج وعدم تحمل الاحباط والرغبة في الهروب من الواقع إلى سحر المخدرات . أما الأطباء فيتسمون بالقلق والاكتئاب الناتج عن الضغوط البيئية والهروب من الواقع وعدم الرضا الانفعالي وتؤكد الدراسات التي قام بها كوين (Quinn 1970) بوتنام (Putnam 1966) أن أفراد هذه الفئة عادة ما يقلعون عن الإدمان في حالة انتهاء الواقع السيء غير المرغوب الذي يحيط بهم .

أما النوع الثاني فهو الإدمان المرتبط باضطرابات الشخصية أو بالمرض النفسي ويتسم هؤلاء بأن لهم خصائص سيكوباتية (الاكتئاب — التوتر — عدم الأمن — الشعور بعدم الكفاءة — الفشل في إقامة العلاقات مع الآخرين) وهذا ما أكدته دراسة جلبرت (Gilbert et al 1967) ، هكيميان (Hekimian et al. 1968). إذ بينت دراساتهما أن مستخدمي الهيروين عادة

ما يكونون سيكوبانيين وتتسق هذه الدراسات مع ما وجده اوزوبل (Ausubel 1961) كما لا توجد فروق راجعة إلى الجنس . فقد بين شينلند (Chinlund 1969) فى دراسته على مدمنات المخدرات المراهقات أنهن سيكوباتيات .

ويرى كولمان أن وجود عصابيين أو ذهانيين فى هذه الفئة يكاد يكون نادرا ، وعلى الرغم من أن جلبرت–٦٧ وجد أن العديد منهم له سمات عصابية أو ذهانية وسمات سوسيوباتية ، إلا أن الذى يرتبط بالإدمان هى السمات السوسيوباتية ، كذلك فان شر (Schar 1966) يرى أن الخصائص السوسيوباتية نشأت بين المدمنين نتيجة للتعاطى الطويل ولم تكن موجودة من قبل . وهذا يمكن تفسيره بالقول بأن العلاقة بين الإدمان وهذه الخصائص هى علاقة تبادلية .

والنوع الثالث هو الإدمان المتصل بالعوامل الاجتماعية والثقافية ولم يرد كولمان أى خصائص خاصة بهم سوى القول بأن تفضيل عقار ما تحدده تلك العوامل وذلك كما أظهرته دراسات ويسترماير (Westermayer 1971) على قبائل الميو فى جنوب شرق آسيا التى تحرم الخمور وتبيح الأفيون . وتقديرات هيكيميان / ٦٨ لتكاليف الهيروين فى الولايات المتحدة والتى تقدر بعشرة ملايين دولار يوميا وملاحظات ليبسكومب (Lipscomb 1971.) الذى وجد أن المدمنين من مناطق الجيتو يفضلون الكحوليات على الهيروين .

ويتفق ورمسر (Wurmser 1974.) مع كولمان فى أن للمدمنين أنماطا مختلفة . إلا أنه يرى أنهم ينتمون إلى جميع التصنيفات النفسية ، فهم مرضى نفسيون وعصابيون وقد يكون البعض منهم ذهانيون كما يرى أنهم عادة ما يكونون مزعجين وغير راضين عن أنفسهم أو عن المجتمع ، دائمى الاكتئاب والقلق ، ذوى ضمير غير متسق ، يتسم بعضهم بخشونة الطباع والجمود ، بينما يتسم البعض الآخر بالاستكانة والقابلية للإغراء ، مستوى

الأمانة لديهم ضئيل جدا ومعظمهم قد ارتكب الجرائم من قبل التعاطى .

وتنسق العموميات التى ساقها إلينا « ورمسر » مع عدد من الدراسات يذكر الباحث منها دراسة كولب .(Kolb 1962) التى بينت أن ٨٦ ٪ من عينة المدمنين التى قام بدراستها تعانى من اضطرابات انفعالية ، ١٣ ٪ منهم مجرمون سيكوباتيون ، ١٣,٥ ٪ منهم عصابيون ، ٢١,٥ ٪ من السكيرين ، ٠,٣٨ ٪ من الأنماط غير المستقرة التى تهدف إلى الاشباع المباشر . كذلك فان دراسة اوزبل .(Ausubel 1958) بينت أن هناك تعاقبا بين إدمان المخدرات وبين النظرية الفسيولوجية الاجتماعية التى قال بها لند سميث فهو يميز بين :

(أ) الإدمان الأولى ويظهر فيه الأفيون وله قيمة توافقية لبعض نواحى القصور فى الشخصية .

(ب) الإدمان كعرض من الأعراض وفيه يستخدم الأفيون دون وجود قيمة توافقية له وإنما كعرض من أعراض اضطرابات السلوك أى أنه بمثابة إدمان رجعى ، فيكون استخدام الأفيون إذن ظاهرة نمت لدى أفراد عاديين تأثروا بمعايير جماعات أتراب منحرفة .

وفى المجموعة الأولى نستطيع أن نميز بين فئتين أساسيتين :

الأولى : هى الشخصية غير المتسقة (inadequate) ، والثانية هى حالات القلق والاكتئاب الرجعى (Reactive depression) وينتمى معظم المدمنين إلى الفئة الأولى الخاصة بعدم الاتساق السيكوباتى فهم سلبيون غير قادرين على تأجيل الاشباع ، ولا يتحملون المسئوليات.ويبين تاريخهم السيكاتيرى والاختبارات السيكولوجية التى تجرى عليهم أنهم ذوو قصور دافعى ، وتحمل ضئيل للاحباط والقلق ، وعدم القدرة على التركيز وقلة الاهتمامات والسلبية والنرجسية والارتباط الشديد بالأم ، ووجود اتجاهات

انسحابية من المجتمع . كذلك ، فانه عندما قام اوزبل بتصنيف ١٠٣٦ حالة إدمان من البالغين تصنيفا إكلينيكيا فان ٥٥ ٪ منهم صنفوا على أنهم سيكوباتيون،وتتسق هذه النتيجة مع ما وجده لمبرت (Lambert 1958) من أن ٥٨ ٪ من ٣١٨ مدمن أفونيات بالغا صنفوا على أنهم غير مستقرين انفعاليا وغير متسمين وذوو شخصيات بدائية ، وعادة ما يظهر الخلل فى الشخصية فى فترة الطفولة المبكرة والوسطى وقبل المراهقة ، كما أن الحماية الزائدة والسيطرة المفرطة من الوالدين ساهمت فى ظهور ذلك الخلل . أما الشخصيات العصابية التى تستخدم العقاقير لمداراة القلق أو الاكتئاب فهى نادرة وتبلغ نسبتها ٦ ٪ فقط .

أما جاف (Jaffe 1965) فيرى أن مستخدمى العقاقير عموما لهم مجموعة من الخصائص العامة التى تقع فى مختلف التشخيصات الاكلينيكية وأنه يجب التصنيف على أساس الشخصية الإدمانية ، والشخصية الكحولية . وهو يرى أن الشخصيتين لها خصائص متشابهة مثل الفصامية والاكتئاب والعدائية وعدم النضج الجنسى ، وأن الفارق بينهما فى كيفية التعامل مع المشكلات ، فبينما نجد أن مدمنى الكحوليات يتسمون بالتعامل الخارجى بمعنى أن « تعاطى الكحوليات يقلل من الكف » ، إذ بمدمنى المخدرات يتعاملون سلبيا وذلك بالتحاشى بدلا من العدوان بمعنى أن تعاطى الأفيون يمحو الدافع ، فيبدو مدمنو الكحوليات أكثر عدوانية بينما يكون مدمنو الأفيون أكثر سلبية وانسحاباً من المجتمع .

وتسير على نفس النهج نتائج دراسات وكلر و رازور (Wikler and Rasor 1952.) فهما يريان أن مصدر القلق لمدمن المخدرات هو الألم والجنسية والتعبير عن العدوان ، فالأفيونات تقمع مصادر القلق وتجعل المدمن متوافقا سلبيا مع مؤثراته الداخلية . ومهما كان نوع الإدمان فان الاضطرابات السيكلوجية عادة ما تكون عميقة وممتدة الجذور .

ثانياً : الوظائف النفسية للإدمان :

ومن أهم الميكانزمات النفسية للاستمرار فى الإدمان تحويل حياة المدمن إلى نظام ذاتى مغلق يستطيع فيه أن يمد نفسه باللذة والسعادة وأن يعزل نفسه وراء أى حاجة إلى المساعدة الإنسانية أو الرضا فهو لا يعتمد على أحد إطلاقا ، كذلك فان نظام حياته يبدو متوازنا لما بين التناوب المنتظم للنشوة والتعاسة ، فلديه عقاب ذاتى يمارسه دائما منذ لحظة محاولته الحصول على العقار إلى إحساسه بمشاعر الانسحاب . ولأنه يفضل الإشباع العاجل على الإشباع الآجل فان العقار يحقق له ذلك باستمرار ، مما يجعل أسلوب حياته مضبوطا ذاتيا . وفى نفس الوقت فان الإدمان يقلل من كفاءته سواء باحساسه بأنه مريض أم لأنه مشغول بالبحث عنه . كذلك فان المخدر يقوم بوظيفة هامة فى حياته تنقذه من مشاعر الضعة الطاغية ومن إحساسه بأنه محتقر وأنه لا يستطيع تحمل المنافسة أو النقد (Laurie 1971) ، وبذلك تقول نيسواندر (Nyswander 1956) أن الأفيون يحقق له إشباع الاعتداء والتحدى الجنسى ، بينما هو فى حقيقة الأمر يمارس ذلك سلبيا .

ولأن مفهومه عن نفسه أنه لا يساوى شيئا ، ولوجود القلق المستمر لديه ، فان العقار يبنى له جسورا للتغلب على هذا القلق عن طريق انسحابه من التفاعل الاجتماعى ، فقد يستمر فى مهنته أو وظيفته ولكنه لا يعتمد عليها فى إحساسه بقيمة حياته ، إن القيمة الأساسية يستمدها من عالمه المغلق واشباعاته الذاتية ومشاعر الانتشاء الكلية التى يستطيع بها أن ينفصل تماما عن العالم المحيط به .(Haffman 1964) .

وقد كانت وجهة النظر القديمة ترى أن الإدمان يحقق الإرضاء ويشبع الرغبات كما كان ينظر إلى البحث عن العقار واستخدامه ، باعتباره بحثا مكلفا لسعادة رخيصة أى أن النظرة هنا تنصب على اعتبار الإدمان وسيلة إشباع وتحقيق رغبات ، وقد انقاد وراء هذه النظرة أيضاً العديد من التحليليين

فيما عدا هؤلاء الذين رأوا فى استخدام العقار ارضاء لرغبات لا شعورية شأنه فى ذلك شأن الأعراض النفسية ، كما قامت دراسات أخرى فى هذا الاتجاه أيضاً تركز على المعنى الرمزى للإدمان (تحقيق الرغبة) فى صورة (امدادات فمية ، أو القضيب الوهمى ، أو تدمير الذات ، أو العقاب الذاتى) مع اهتمام ضئيل بالجانب السيكولوجي الدينامى الناتج من الآثار الفارماكولوجية.

أما النظرة الحديثة لوظيفة الإدمان السيكولوجية فلا تنكر دور الإشباع وتحقيق الرغبات كجانب من جوانب الإدمان ، ولكنها تؤكد أيضاً على الإدمان كوسيلة دفاع ، فالقول بأن الإدمان هروب من المواقف الخارجية التى لا تحتمل ، قول له صدى لدى الجميع ، أما مفهوم الحاجة إلى العقار كدفاع ضد العوامل الداخلية التى لا تحتمل وبصفة خاصة العوامل الوجدانية فلم يلق الكثير من الاهتمام .(Wurmser 1974)

ومن بين من نظروا إلى وظيفة الإدمان الدفاعية « فرويد » فى وصفه المخدرات كوسائل للتعامل مع الألم وإبعاد الأوهام ، و « جلوفر » الذى قال أن من أهم وظائفها الدفاعية هى التحكم فى القوى السادية ، كما أن الإدمان يعمل بصورة وقائية ضد الارجاعات الذهانية فى حالات النكوص ، أما « فينيكل » فينظر إلى الإدمان كوسيلة أخيرة لتحاشى الانهيار الاكتئابى ، كذلك فان « هارتمان » يشير إلى أن الدوافع اللاشعورية للإدمان هى الرغبة فى تحاشى المشاعر المؤلمة والتخلص من بعض الأعراض ، ويرى وايدر وكابلان أن الدافع الشعورى المسيطر للإدمان ليس البحث عن المباهج الجنسية ولكن الرغبة فى الحصول على تخفيض فارماكولوجى للاحساس بالكآبة التى لايستطيع الفرد أن يتعامل معها بمجهوداته الذاتية(Wurmser 1974)

ومن الممكن إذن القول بأن للإدمان وظيفتين أساسيتين،الأولى هى الهروب من الواقع الضاغط الذى لا يستطيع أن يواجهه المدمن ، والثانية هى أنه ميكانزم دفاعى يمنع ظهور الأعراض النفسية التى قد تدمر الذات

ولكنه من الميكانزمات الدائرية ، إذ أن الاستخدام المزمن للعقاقير يزيد من مرضية الأنا ، وخاصة إذا نظرنا إلى الآثار الفارماكولوجية للعقار وما يسببه من تغيرات بيوكيماوية فى الجسم ، كذلك يذهب بعض الاطباء النفسيين إلى أبعد من ذلك فهم يرون أن الدفعات النفسية والنمط السيكلوجى لبنية الفرد من المحددات فى اختيار العقار ، فالذين يتسمون بالميل للتحاشى وكف العدوان وعدم التعامل مع الموضوعات يميلون إلى الأفيونيات والمغيبات ، أما من يميلون إلى العدوانية وتدمير الموضوعات فيميلون إلى الكحوليات . وإن كان ذلك من وجهة نظرنا يصلح كفروض قابلة للدراسة والتحقيق .

ونعرض فيما يلى لآراء المدارس النفسية المختلفة فى تفسير الإدمان :

أولا : أصحاب الاتجاه السلوكى : (Rotter 1967)

يرى من يشايع هذا الاتجاه أننا إذا نظرنا إلى التماس العقاقير بوصفه عادة شرطية لوجدنا أن هناك عدة أنواع من التعلم يمكن أن تكون متضمنة فى بقاء تلك العادة . ذلك أنه يكمن تحت أكثر صور الإدمان تأثير الانتشاء (The effect of high) الذى هو نوع من الاثابة المدعمة المرتبطة باستخدام العقار ، وأن التدعيم الايجابى قادر على خلق عادة قوية هى عادة اشتهاء العقار ، لكنه يوجد بالنسبة للمهدئات بعامة والأفيونيات بخاصة عامل قوى آخر هو الخوف الفعلى من الامتناع عن العقار أو ما يتوقعه الفرد من آثار الامتناع ، بحيث إن الفرد إذا خبر الامتناع عدة مرات نشأ عنده نمط من استجابة التجنب الشرطية ، فاذا أضيف إلى ذلك ما يحدثه العقار أول الأمر من آثار التدعيم وجدنا أنه قد نشأت عادة الإدمان بوصفها نمطا سلوكيا يستعصى على التغير فى أكثر الأحيان . وقد أثبتت التجارب التى أجريت على الحيوان والإنسان أن الحصول على النشوة كدافع إلى الإدمان أقوى من الخوف من أعراض الامتناع . كما أن بعض السيكاتريين من أمثال وكلر (Wikler

(1952 يسيرون فى تفسيرهم للإدمان على نفس هذا الاتجاه أى على التفسير الشرطى للإدمان .

ثانياً : النظرة النفسية الداخلية : (intera psychic-view)

يمكن النظر إلى إدمان العقاقير على أنه نمط سلوكى يظهر عند الأشخاص الذين يتميز تكوين شخصيتهم بالاتكالية والنقص فى القدرة على إطاقة الاحباط والاعتماد على الغير فى تزويدهم بالرعاية والتأييد . ويكون اتجاههم نحو العقاقير هو الملجأ الأخير بعد فشلهم فى الوسائل الأخرى لاشباع حاجاتهم . أى إن إدمانهم عرض يدل على سوء قيام الشخصية بوظائفها (Rotter 1967)

ثالثاً : النظر إلى الإدمان كعملية المدمن :
(Addiction as addictoperation Laurie 1971).

ويفسر أصحاب هذا الرأى الإدمان على أنه إزجاء للفراغ الزائد عن الحد الذى يشعر به المدمن الناتج عن عدم القدرة أو الرغبة فى التعامل مع الواقع ، فيقوم المدمن حينئذ بمحاولة الحصول على إطار جامد لحياته ، إطار يحول حياته إلى انشغال مستمر عن العالم المحيط به ، فكل دقيقة من يوم مدمن الهيروين لها حسابها فهو إما باحث عن العقار أو آخذ له أو منتش أو خارج من تأثيره . . وهكذا . وقد يفسر ذلك تلك الدراسات التى وجدت أن المدمنين كساجين من أكثر المساجين انتظاما وامتثالا لنظام السجن (Bejerot 1972)

رابعاً : نظرية التحليل النفسى :

يرى فينيكل (١٩٦٩) أن المدمنين يمثلون أكثر أنواع الاندفاعيين وضوحا فى العالم ، فالحاجة إلى الحصول على شىء ليس مجرد إشباع جنسى بل هو أيضاً أمن وطمأنة على قيمة الذات ومن ثم فهو أساس لوجودهم .

وإدمان المخدرات نجعل الأمر أكثر تعقيدا وذلك للتأثيرات الكيميائية للمخدر التي يصاب بها المدمن . وهؤلاء المدمنون يستخدمون المخدر لكي تشبع تأثيراته الاشتهاءات الفمية الأولية التي هي اشتهاءات جنسية ، وحاجة إلى الأمن وحاجة إلى الابقاء على تقدير الذات في نفس الوقت ، وهكذا فان منشأ الإدمان وطبيعته لا يحددها التأثير الكيميائي للمخدر بل البيئة السيكولوجية للمريض . وعليه فان أصحاب تلك الشخصيات يستجيبون لتأثير العقاقير عليهم بدلالة خاصة هي تحقيق رغبة عميقة وأولية يشعرون بها وتلح عليهم أكثر من إلحاح الصبابات الجنسية عند الاسوياء ، مما يؤدي إلى أن يقل اهتمامهم بالجنسية الإنسالية ويبدأ نكوصهم إلى نقط تثبيت مختلفة مثل العقدة الاوديبية ، الصراعات الاستمنائية ... إلخ . وهم عادة ما يكونون مثبتين على هدف نرجسي سلبي ولا يحفلون إلا بالحصول على إشباعهم فقط دون الاهتمام باشباع الرفيق أو نوعيته ، وعادة ما تكون المناطق المتزعمة هي المنطقة الفمية والجلد ، فالزعامة الانسالية لديهم تنهار ، وتشبه في أوجه كثيرة الوجهة الفمية للرضيع الذي يتطلب الاشباع دون أية قدرة على العطاء ودون أي اعتبارات للواقع ،فالنزعات الفمية والجلدية تكون عادة صريحة ، ويحقق الفم والجلد لذة سلبية استقبالية .

و) إدمان الافيون — نظرة علاجية :

كما أن الإدمان مشكلة لها العديد من الأوجه والكثير من التصورات فان العلاج من الإدمان يعد إلى حد كبير مشكلة أيضاً . إننا نستطيع أن نرى العديد من صور العلاج المقترحة التى تصل إلى حد التناقض والتعارض مع بعضها البعض سواء فى المجال التطبيقى أو فى المجال الاكاديمى أو المجال الحكومى ، هناك منشآت السينانون والفينيكس التى تقول بالعلاج بدون أى كيماويات (Synanon and Pheoniv No. Chemicals.) وهناك العلاج القائم على مضادات الأفيون الصناعية والتى اكتشفته نيسواندر وهو العلاج بالميثادون ، وهناك العلاج بالسيكلازوكين (Cyclazocine) الذى تبناه فنك (Fink 1972).

وهناك ما يمكن أن نطلق عليه التجربة الانجليزية التى سمحت فيها قوانين الدولة للأطباء بصرف الهيروين لمرضاهم من المدمنين ، والتى اسماها (Jaffe) باتجاه المداومة محاولا الدفاع عنها كوسيلة علاجية .

ونعرض فيما يلى لأهم هذه الاتجاهات مبينين الأسس التى تقوم عليها:

١ — منشآت سينانون فى الولايات المتحدة ، فينكس فى انجلترا : (Saltman 1970, Phoenix House)

أول من فكر فى منشآت سينانون هو مدمن كحول سابق ، ولا يتبع فيها أى نوع من العلاج الطبى للإدمان، فالمبدأ الأساسى فيها هو لا كيماويات، ومواجهة تامة مع الواقع . كذلك فان المدمن عند دخوله يتلقى نوعا من العلاج يسمى العلاج الهجومى (Attack therapy) يعتمد على الفهم وعلى التحليل التفصيلى لبيان نقط ضعفه الشخصية وذلك من المدمنين الآخرين ومن المدمنين السابقين عادة ما يكون هذا العلاج جمعيا من نوع جماعات المواجهة «Encounter group» فاذا استطاع «مواجهة العلاج ، فانه

سيعمل على مواجهة مشكلاته الانفعالية وأن يساهم فى النظام ، بالإضافة إلى النظام الذاتى للجماعة الذين عاشوا كل مرحلة من مراحل تجربته والذين يعتقدون أن لديه الفرصة للاقلاع عن العقار .

وقد حققت منشآت سينانون التى يوجد منها خمسة فى الشاطىء الغربى وواحدة فى مدينة نيويورك نجاحا هائلا مع المدمنين جعلها تطبق نفس المنهج مع غير المدمنين من الذين يأملون اكتساب المزيد من المعرفة الذاتية حتى يعيشوا حياة أفضل وأن يحققوا فهما أفضل لمشكلاتهم .

وتوجد منشآت أخرى فى الولايات المتحدة تقوم على نفس هذه الأفكار إلا أنها تختلف عنها بعض الاختلافات البسيطة من حيث التمويل أو قبول الاعانات ... إلخ . نذكر منها منشآت (Daytop houses) (Narcoticomonymous) , (Neighborhood Projects.)

ولقد سارت منشآت فينكس (١) فى انجلترا على نفس النهج الخاص بالسينانون ويضعون أسسا ثلاثة رئيسية هى :

١ ــ أن اعتماد الفرد على مواد كيمائية يمنعه من الوصول إلى حلول لمشاكله الحقيقية الذى يعد تعاطى العقار فيها مجرد عرض ، وعلى ذلك فان الانسحاب الكلى من حالة التسمم يعد أمرا هاما ، كما أنه خطوة أولية نحو تتبع المشاكل نفسها .

٢ ــ على الرغم من وجود أوجه عديدة ومختلفة للسلوك المشكل ، فان المشكلة الشخصية الشائعة بين مدمنى العقاقير هى عدم النضج الانفعالى . وهى

(١) فينكس حيوان مصرى أسطورى حرق نفسه فى الصحراء الغربية وتحول إلى رماد ثم قام بتجميع هذا الرماد مرة أخرى عبر سنين من الصبر وأخذ يجمعه حتى ردت إليه الحياة مرة أخرى ، وهم يشبهون المدمن بأنه ذلك الرجل الذى حول وجوده إلى رماد وأن عليه بنفسه أن يحيل هذا الرماد إلى وجود إنسانى مرة أخرى .

تتمثل فى الاتجاهات الاعتمادية اللامسئولة ، والابتعاد عن الواقع غير السار ، وعدم القدرة على التعامل بكفاءة . كل هذه المشكلات يجب أن يواجهها المدمن حتى يستطيع أن يتحمل المسئولية وتصبح له القدرة على التعامل وأن يكون واقعيا .

٣ ـ أن الفرضية القائلة بأن المدمن لا حول له ولا قوة وأنه شخص غير قادر على شيء ، هذه الفرضية تسحب منه أى فرصة لمساعدة نفسه بنفسه ، إذ أن عليه أن يشترك فى شفاء نفسه وأن يتحمل مسئولية حياته ، وعلى ذلك فمن المهم أن نضطر المدمن أن يقابل التحدى الخاص بمساعدة نفسه والآخرين والمساهمة فى شفائه .

وتتفق الفينيكس مع السينانون فى المنحى العلاجى فكلاهما لا يستخدم الكيمائيات وكلاهما يستخدم أسلوب جماعات المواجهة ، كما أن المنشأة تدار أساسا بوساطة المدمنين أنفسهم ، كذلك فان الفينكس تشترط أن يكون قد مضى على تناول المدمن لآخر جرعة هيروين ــ حيث إنها تقبل مدمنى الهيروين فقط ــ أسبوعا كاملا .

العلاج هنا يعتمد أساسا على المدمن نفسه وعلى محاولة لزيادة استبصاره بمواطن ضعفه وبمشكلاته ، ومحاولة إعادة تنظيم شخصيته بحيث يساعده ذلك على الاقلاع عن الإدمان .

٢ ـ العلاج بالعقاقير المضادة للأفيونيات :

(أ) العلاج بالميثادون (Dupont et al. 1971), (Wikler 71) (Wurmser 1974).

اكتشف هذا النوع من العلاج كل من فنسنت دول ، مارى نيسواندر سنة ١٩٦٤ ، ويعد برنامجهما العلاجى من أهم الاكتشافات الطبية فى القرن العشرين، ولا يقل أهمية عن اكتشاف فلمنج للبنسلين، واندرز للفيروسات ،

لقد ساعد هذا الاكتشاف على حل مشكلة صحية كان من الصعب حلها ، كما شجع الأطباء على الدخول فى بحث وعلاج مشكلة إدمان الهيروين :

وتحقق فكرة العلاج هدفين اثنين هما :

(١) الاقلال من استخدام العقاقير غير القانونية وبخاصة الهيروين .
(٢) تحسين الممارسة الشخصية للفرد فى حياته الأسرية والاجتماعية .

والميثادون مخدر صناعى له معظم خصائص المورفين والميبردين والهيروين والأفيونيات الأخرى . وهو من العقاقير ذات التأثير فى رفع الألم . والجرعة المعتادة منه تتراوح ما بين ١٠ — ٣٠ ملليجرام سواء عن طريق الفم أو فى العضل . وعند استخدامه فى حالات إدمان الهيروين المزمنة فانه يمنع أعراض الانسحاب لمدة تتراوح ما بين ٢٤ — ٣٦ ساعة . ومدمنو الميثادون على عكس مدمنى الهيروين لا يخبرون أعراض الانسحاب أو النشوة ، وهذا مما دعا نيسواندر لاستخدامه كعلاج لادمان الهيروين ، إذ أن المدمن لن يستمر انتباهه طويلا بالأفكار المتعلقة بالعقار كما يفعل مدمن الأفيونيات .

فالفرد المعتمد على الميثادون يمكن أن يوجه اهتماماته لحياته ولمن حوله ، وإذا تكونت لديه إطاقة للعقار فان استجابته للأفيونيات المسكنة للألم إذا احتاج الأمر هى استجابة عادية ، كما أنه ينام ويأكل ويعمل كالفرد العادى ، ولديه ارجاعات زمن عادية ، وصفاء ذهن عادى ، وحياة جنسية عادية ، كذلك فان الأطفال الذين يولدون لآباء معتمدين على الميثادون هم أطفال عاديون ، وهذا بالطبع على العكس ممن يعتمدون على الهيروين .

إن فكرة نيسواندر فى استخدام الميثادون علاجيا تقوم على أساس فارماكولوجى بحت ، فهو لا يصلح إلا لمدمنى الهيروين ، ويقول وكلر أن اكتشاف دول — نيسواندر ليس عملية إبدال إدمان بادمان . إذ أن البرنامج عبارة عن استراتيجية معقدة لإعادة التأهيل يتضمن بالإضافة إلى إعطاء

جرعات الميثادون محاولة حل مشكلات المدمن المرتبطة بالهيروين وتبصيره بمخاطر الهيروين ، وتشتمل هيئة العلاج على أطباء وأخصائيين اجتماعيين ومرشدين نفسيين ، وعادة ما يكون المرشد النفسى مدمناً سابقاً .

يتبين إذن أن نيسواندر تفترض نظرية ايضية (Metabolic) لإدمان الهيروين وأن النموذج الأيضى المناسب يمكن الحصول عليه عن طريق العلاج بالميثادون .

(ب) العلاج باستخدام السيكلازوكين .(Fink and Freedman 72)

وهنا لا تقوم فكرة العلاج – على الرغم من استخدامها لمضاد أفيونى على أساس فارماكولوجى أيضى بحت – ولكنها تقوم على أساس فكرة الانطفاء فى التعلم الشرطى . فالحقن أو التعاطى الفمى بهذا العقار لن يسبب له النشوة ولكن سيعطى كل آثار المخدر .

فاذا كان الفرد يستجيب للضغوط الاجتماعية بسلوك البحث عن المخدرات . فمن الوجهة النظرية البحتة يكون الاستخدام المتكرر للعقار دون الحصول على النشوة مؤديا إلى انطفاء سلوك البحث عن العقار . وقد بدأت هذه الفكرة باستخدام الميثادون، ونظرا للاحساس بالنشوة الذى يسببه الميثادون أحيانا ، فقد استخدم هذا العقار الذى يستمر أثره ٢٤ ساعة ، ومازال استخدامه هو والنالوكسون ناجحا مع العديد من المدمنين .

ونتيجة للعلاج فقد أصبح المرضى أكثر إيجابية وقدرة على التعامل مع الآخرين دون العودة إلى الإدمان ، إن مضادات الأفيونيات أقل كفاية فى خفض سلوك البحث الشرطى عن العقار إذا استخدمت فرديا ، أما فى حالة الاستخدام ضمن إطار برنامج علاجى فانها تحقق نجاحا أفضل . فالاندماج فى برنامج للعلاج يجعل من الممكن إجراء عملية الإرشاد وإعادة التعلم والخدمات الاجتماعية الأخرى . كما أن منع الاطاقة وأعراض الانسحاب

يساعدان المرضى على الاندماج اجتماعيا دون العودة إلى الإدمان مرة أخرى .

يتبين إذن أن فكرة العلاج هنا تتم باستخدام مضاد أفيونى ، وبفكرة الانطفاء فى التعلم الشرطى فى نفس الوقت .

٣ - التجربة الانجليزية واتجاه المداومة (Stater et al. 1969). (Jaffe 1972).

كان الاتجاه الرسمى للحكومة البريطانية بالنسبة لإدمان العقاقير نابعا من اللجنتين اللتين اجتمعتا سنة ١٩٢٦ ، سنة ١٩٦١ . وهو اتجاه يعتبر علاج الإدمان مسألة طبية فردية بحتة ، يعطى فيها الطبيب لمرضاه المخدرات دون أى مخالفات قانونية بالنسبة للطبيب أو المريض .

ومنذ الخمسينات بدأ عدد المدمنين فى الارتفاع من ٣٥٩ فى سنة ١٩٥٧ إلى ١٣٤٩ سنة ١٩٦٦ وقد لوحظ أن ٣ ٪ من المدمنين قد حصلوا على عقاقيرهم بأسلوب غير قانونى وذلك عن طريق مدمنين كتبت لهم هذه المخدرات طبياً وزادت عن حاجاتهم . وقد أدى هذا الموقف إلى عقد لجنة من الهيئات المختلفة برئاسة اللورد برين (Brain) سنة ١٩٦٤ وقد أوصت هذه اللجنة بضرورة الابلاغ الاجبارى عن أى مدمن ووضع حدود للعلاج ، ووضع شروط لكتابة هذه العقاقير طبياً ، وألا تصرف إلا من مراكز طبية معينة ، وقد صدر قانون ببعض هذه التوصيات فى أبريل سنة ١٩٦٨ .

أى أن ما يسمى بالتجربة الانجليزية لم يحقق نجاحا فى الاقلال من عدد المدمنين ، بل أدى ذلك إلى زيادة عدد المدمنين ، وعلى الرغم من ذلك فاننا نجد أن « جاف » Jaffe يدافع عن ذلك بقوله أن هناك جماعة من الأفراد تتناول المخدرات قهريا وأننا يجب أن نمدهم بالمخدر حتى يمكن أن يظلوا منتجين اجتماعيا . لأن عدم امدادهم بالمخدر سيجعلهم يبدأون فى البحث عنه بأسلوب يضرهم ويضر المجتمع ، ويستند فى ذلك إلى ما ذكره

كولب (Kolb) من أن هناك ثمان شخصيات انجليزية شهيرة عاشت حتى سن السبعين وهى تتعاطى الأفيون وهى تحظى باحترام الآخرين .

ويرى «جاف» أن إمداد الفرد بالأفيونيات تختلف درجة الموافقة عليه من بلد إلى آخر وفى البلد ذاتها من وقت إلى آخر ، ففى بداية هذا القرن لم يكن الأفيون مشكلة طبية فى الولايات المتحدة وبعد عدة سنوات تغير الموقف وأصبح الطبيب الذى يمد المدمن بالأفيون يعد مجرما .

كما يرى أن اتجاه المداومة مازالت فيه العديد من علامات الاستفهام مثل :

١ ــ ما الأهداف الأساسية لهذا الاتجاه ؟

٢ ــ ما المحكات التى تحدد ما إذا كان فرد ما يجب أن يعطى أفيونيات أو يجبر على الموافقة على علاج معين لا يتضمن إعطاءه أفيونيات .

٣ ــ ما الأفيونيات ؟ وما طرق الاستخدام الأكثر ملاءمة ؟ وما المزايا ؟ وما العيوب ؟

٤ ــ لأى عقار ما الجرعات المثلى للحصول على أهداف مختلفة لأفراد متعددين ؟

٥ ــ كيف توازن أنظمة الرعاية الصحية بين الاستعداد لإتاحة العلاج وبين ظهور الأفيونيات المهربة ؟

٦ ــ ما الخدمات الأخرى ــ غير توفير الأفيونيات ــ التى تعد هامة ؟ وما الاسهامات التى يمكن أن تجعل لها تأثيراً فى العلاج ؟

٧ ــ ما الأهداف الاجتماعية التى يمكن توقع وصول المجتمع إليها عن طريق هذا الاتجاه ؟

إن قضية الانتكاس هى قضية التحدى لاى برنامج علاجى والانتكاس قد يفسر على أساس اجتماعى أو بيوكيماوى أو نفسى ... إلخ . ويعتقد

« جاف » أن الانتكاس يمكن رده لعاملين هما السلوك الاندفاعي القهري لإعادة التجربة للوصول إلى النشوة (Euphoria, rush, flash)

والثاني هو التخلص من حالة عدم السواء . وعلى ذلك فان اتجاه المداومة باستخدام العقار نفسه « الهيروين » يحقق هذين الهدفين بالإضافة إلى أنه مقبول من جانب مجتمع المدمنين أنفسهم ، أما إذا استخدمنا أى مضادات أخرى « الميثادون مثلا » فإنه لا يحقق النشوة وإنما يحقق العامل الثانى فقط وهو التخلص من حالة عدم السواء .

وقد يستند من ينادى بأسلوب المداومة إلى أن مضادات الأفيونيات عادة ما يختلف تأثيرها الفارماكولوجى لها حسب طبيعة الاستخدام ، بمعنى أنها لو أعطيت لفرد لا يوجد فى أنسجته أية أفيونيات . فانها تستحضر نفس التأثير التخديرى للتنفس وضيق حدقة العين وأحيانا الاحساس بالنشوة . أما إذا أعطيت لفرد حاصل على جرعة من الأفيونات فانها تعمل كمضادات للمخدر بحيث تنبه التنفس وتمنح السبات أو النوم ، وبعامة فانها تعمل كعلاج للتسمم الناتج عن المخدر ، كذلك فاذا أعطيت لفرد لديه إطاقة للعقاقير فانها تستحضر أعراض الانسحاب المتوسطة الأجل ، وتشبه فى تأثيرها سحب المخدر فجأة من المدمن ، كما أنها فى هذه الحالة توسع من حدقة العين بعد مرة واحدة من الحقن . وعلى الرغم من أن المخدرات ومضاداتها تنتمى إلى أنماط مختلفة كيماويا : المورفين من مشتقات فيناثرين (Phenanthrene) والميبردين من مشتقات فينيل بيردين (Phenyl piperidine) والميثادون مشتق من (Alphatic chain compound heptane) فانها تختلف كميا فقط فى تأثيراتها الكيماوية وأن مضاداتها تصلح لها جميعا (Elliot 1972) .

وعلى ذلك فان من ينادون باعطاء المخدر نفسه إنما يستندون إلى هذه الحقائق السابقة وإلى أن ذلك يجنب المدمن اللجوء إلى الأساليب غير القانونية وتعريضه للعديد من المشكلات الطبية الأخرى كالتلوث وزيادة

الجرعة والاحساس بعدم احترام الذات ، والوقوع فى الجريمة ... إلخ . ونرى أن هذا الاتجاه يعد قضية محتاجة إلى تناول من جوانب متعددة ومختلفة . إن الاقدام عليها دون وعى ودراسة علمية، يمثل خطورة أكثر من تحاشيها وعدم الانتباه لها ، وخاصة أن البرامج الأخرى التى منعت استخدام الكيماويات قد حققت نجاحا ملحوظا فى علاج الإدمان .

يتبين إذن أن أسلوب المداومة والتجربة الانجليزية قد أثار من المشكلات أكثر مما قدما من الحلول ، ففى التجربة الانجليزية وجدنا أن عدد المدمنين قد زاد . وأما ما يقترحه « جاف » فمن العسير التعليق عليه إلا إذا وضعنا فى اعتبارنا فشل التجربة الانجليزية . إن الإدمان وباء دائما ما ينتشر عن طريق المدمنين أنفسهم ولما كانت مثل هذه الأنظمة تتيح الفرصة لوجود « مدمنين رسميين » إذا جاز التعبير فان ذلك يساعد على انتشار الوباء وزيادة ضحاياه .

يمكن إذن أن نميز نوعين أساسيين من العلاج أحدهما يرفض بشدة استخدام أية كيماويات من مضادات العقاقير للتخلص من الإدمان ، والنوع الآخر يرى بضرورة أن يتم العلاج من خلال مضادات العقاقير مع وجود برامج نفسية واجتماعية وتأهيلية للمريض ، ويأخذ هذا النوع صورة متطرفة حينما ينادى البعض بأسلوب المداومة أو إعطاء العقار نفسه للمدمن كجزء من برنامج علاجى له ، وتتفق كل هذه الأنواع — مع تباينها — على أهمية الجانب النفسى وأهمية العلاج النفسى وضرورة مواجهة المريض مع مشاكله الشخصية واضطراباته النفسية ، والقائمون بالأنواع المختلفة من العلاج عادة ما يلجأون إلى أسلوب العلاج الجمعى بعامة وأسلوب جماعات المواجهة بخاصة (١) .

---

(١) لقد عرف العلاج الجمعى لأول مرة سنة ١٩٠٥ على يد « برات » (Pratt) ثم تطور على يد « هادن » (Hadden) التى استخدمت فيه العديد من الوسائل كذلك قام =

ومن الوجهة الإجرائية البحتة فان كاميرون .(Cameron 69) يرى أن القبول العاجل للمدمنين فى المنشآت العلاجية أيا كان نوعها من المسائل الهامة جدا حيث إنهم عرضة للانغماس فى المخدر خلال فترة الانتظار، ويوجد اتفاق عام بين العاملين فى هذا المجال على أن المريض يجب أن يظل بالمستشفى مدة تزيد عن أربعة شهور وأن يكون تحت الرقابة الاكلينيكية بعد الخروج .

كذلك فان اوسنوس وفريدمان .(Osmos and Freedman 1969) يميزان بين خمس مراحل علاجية لمدمنى المخدرات هى :

١ ــ مرحلة ما قبل المستشفى وفيها يتم اقناع المريض بالدخول إلى المستشفى .

٢ ــ مرحلة الانسحاب (والهدف منها هو الامتناع الكامل ويتم ذلك أحيانا بعقار بديل) .

٣ ــ إعادة التأهيل الفسيولوجى والانفعالى .

٤ ــ المرحلة الانتقالية وهى التى يؤهل المريض فيها لإدارة شئونه فى البيئة الخارجية .

= كل من « وندر » (Wender) وشيلدر (Schilder) باجراء التجارب والبحوث المبكرة على هـذا النوع من العلاج (Frank et al. 1967) ويمكن تقسيم الجماعات العلاجية إلى :

(١) الجماعات التحليلية Analytic groups وهى التى يتبع فى علاجها أساليب التحليل النفسى الكلاسيكى .

(٢) جماعات أداء الدور (Role Playing groups) وهى الجماعات التى يستخدم فى علاجها عادة أسلوب السيكودراما .

(٣) جماعات المواجهة (Encounter groups) وهى النموذج الاكثر انتشارا فى العلاج الجمعى ويكون الهدف الأساسى منها الحصول على خبرة شخصية مركزة من خلال الجماعة وتشجيع الانفتاح والامانة والحساسية الانفعالية والتعبير . وعادة مايتراوح عدد أفراد هذه الجماعة من ٦ ــ ١٢ فردا . (Ruch et al) 1971.

وهذا النوع من الجماعات هو الاكثر شيوعا عند علاج حالات الإدمان .

٥ - مرحلة الرعاية اللاحقة وهى تتضمن العلاج النفسى والتعاون مع أسرة المريض وطبيبه ورجال الخدمة الاجتماعية .

ويرى أوسنوس أن أهم مرحلة من هذه المراحل الخمس هى مرحلة إعادة التأهيل الفسيولوجى والانفعالى ، ففيها يحتاج المريض إلى علاج نفسى وارشاد. وأن يتعلم كيف يواجه قلقه ومخاوفه فى حياته بدون عقار . كذلك تعد الرعاية اللاحقة الطويلة الأمد من الأمور التى تساهم فى عدم انتكاس المدمن .

خاتمة وتعليق

إن النظر إلى الإدمان من منظور كلى (Holistic) جشطالتى (Gertalt) يسهم فى رؤية هذه الظاهرة المتشابكة المعقدة بصورة أكثر وضوحا ، إذ لا يمكن لأحد من المتخصصين فى مجال بعينه أن يدعى أنه يستطيع أن يتفهم طبيعة الإدمان من زاوية تخصصه فقط .

فالأفيون من أقدم العقاقير التى استعملها الإنسان للعلاج أو لجلب السعادة . وقد كان يحظى بالتأييد من قبل الثقاة من الأطباء على مر العصور حتى أن جالينوس — كما سبق أن أشرنا — اعتقد أنه شفاء لجميع الأمراض، أما ظاهرة الإدمان بصورتها الحالية فهى حديثة جدا بالقياس إلى معرفة البشر للأفيون ، ونعرض لهذه الظاهرة فى النقاط العشر التالية :

١ — على الرغم من استخدام الأفيون منذ ٤٠٠٠ سنة قبل الميلاد إلا أن إدمانه على المستوى الواسع لم يعرف إلا منذ القرن التاسع عشر والعشرين حيث تخلى الأطباء عن تأييدهم المطلق له وحيث تبين العديد من حالات سوء استخدامه والاعتماد عليه .

٢ — أن الموافقة الاجتماعية على استخدام الأفيون إلى عهد قريب كان مردها الأساسى الإيمان المطلق به من قبل الأطباء على أنه شفاء لجميع الأمراض وعدم وجود أية قوانين تحول دون استخدامه .

٣ — أن الحروب وبخاصة الحرب الأهلية الأمريكية والحرب البروسية الفرنسية والحرب البروسية النمساوية قد ساهمت فى الاستخدام الواسع لواحد من أخطر مشتقات الأفيون وهو المورفين وذلك لاتباع المبدأ الطبى القائل بمنع الألم أولا من الجنود الجرحى حتى أن الإدمان كان يسمى « بمرض الجنود » ومن ناحية أخرى فان حرب الأفيون (Ray 1972) التى قادتها

انجلترا ضد الصين سنة ١٨٠٥ والتى قتل فيها مئات الألوف والتى تجددت مرتين كان السبب الرئيسى وراءها هو استيراد الشركة الشرقية للأفيون لتوزيعه فى الصين ، ولم تتفق بريطانيا مع الصين حول منع استيراد الأفيون إلا سنة ١٩٠٨ حيث كان ربع سكان الصين من مدمنى الأفيون .

٤ ــ أن استخراج المواد الفعالة الطبيعية من الأفيون مثل المورفين واختراع المواد الصناعية مثل الهيروين بالإضافة إلى اختراع المحقن الوريدى قد أتاح الفرصة كاملة أمام انتشار وباء الأفيون ، ذلك أن الحقن الوريدى يستحضر الاعتماد على العقار بصورة أسرع .

٥ ــ أن انتشار استخدام عقار معين بصورة مرضية لا يبرره فقط توافر زراعته أو تصنيعه ولكن يحدد ذلك أيضاً العديد من المحددات الدينية والثقافية والاجتماعية ، فانتشار تدخين الأفيون فى جنوب شرق آسيا لاشك راجع إلى انتشار زراعته فى هذه المناطق بالإضافة إلى الموافقة الاجتماعية على استخدامه وإلا فكيف نفسر عدم وجود حالات للإدمان فى الصين . كذلك فان عدم انتشار عادة تدخين الأفيون فى الولايات المتحدة راجعة أساسا إلى رفض حضارى من الأمريكيين حيث إن مدخنى الأفيون من الأمريكيين ذوو أصل صينى ، ويعد انتشار الأفيون فى الدول الإسلامية دون الخمر راجعاً إلى تحريمات دينية صريحة للخمر .

٦ ــ أن وجهة النظر الاجتماعية التى تفسر الإدمان على أساس الضغوط الاجتماعية والفقر والبيوت المهدمة وضغوط جماعات الاقران وفشل عملية التطبيع ... إلخ . لا تستطيع أن ترد على سؤال هام هو : لماذا كانت هذه الأسباب السيوسيولوجية واقعة على كل من الذكور والاناث ، فلم لا نجد الإدمان عادة إلا بين الذكور فقط سواء فى الحضارات الشرقية أو الغربية؟ هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فان أنماط المدمنين ــ من الوجهة الاجتماعية ــ قد مرت بتغيرات عبر التاريخ ، ففى مطلع القرن التاسع عشر

كانت نسبة النساء إلى الرجال ممن يستخدمن الأفيون ٣ : ١ Ray 72 ثم تغيرت هذه النسبة بعد ذلك وأصبح الذكور هم الأكثر شيوعا . وإذا كانت نوعية الذكور فى البداية من مجرمين وداعرات فان النوعية بعد ذلك أصبحت من كل طبقة اجتماعية ومن كل مهنة ومن كل مذهب دينى ومن كل خلفية ثقافية . إن وجهة النظر الاجتماعية لا تصلح من وجهة نظرنا إلا من حيث إنها عوامل مهيئة لأى سلوك منحرف أو جانح ومنه الإدمان .

٧ — ان الاتفاقيات الدولية لم تبدأ إلا فى مطلع القرن العشرين ، وهذه الاتفاقات لا تعد من الوجهة العملية ذات فائدة كبرى فى محاربة هذا الوباء ، فالأفيون يعد مصدر ثروة رئيسى لبعض الدول ، وهو أيضاً مصدر من مصادر الضغط السياسى (نذكر هنا ضغط تركيا على الولايات المتحدة بقصد مساعدتها وبخاصة بعد تخفيض عدد المناطق التى يزرع فيها الأفيون) . هذا بالإضافة إلى أن السوق السوداء للأفيون وأسعارها المرتفعة تجعل من السهل إغراء الأفراد الزارعين له بالبيع لهم ، لقد اتبعت الهند نظاما يقضى بزيادة السعر كلما زادت الكمية الموردة من الزراع ، وهذا يشجع هؤلاء الزراع بعدم البيع فى السوق السوداء (W.H.O. 1974) ويعد نظاما ناجحا لمحاربتها .

٨ — ان اتجاه الطب النفسى الدينامى باستناده إلى الجانب العلاجى الفسيولوجى وإلى الجانب الدينامى من الشخصية يشكل رؤية من منظور أوسع بحيث يمكن القول أنه يقدم تفسيرات مقبولة سواء فى التصنيف أو العلية (Etiology) أو العلاج ، وإن كانت التجارب فى هذا المجال عادة ما تنحو أحد منحيين الأول هو التفسير الفسيولوجى البحت للإدمان ، والثانى هو التفسير الدينامى المبنى عادة على نظرية التحليل النفسى . إن التقاء التفسيرات قد يساعد أكثر على فهم هذه الظاهرة وخاصة أن كلا من التفسير الفسيولوجى والتفسير الدينامى قائم على تخمينات منطقية فى معظم الأحوال ، فالقول بوجود استعدادات جينية أولية أو استعدادات شخصية أولية أو وجود

مستقبلات للأفيونيات فى الخلايا العصبية لا يعدو أن يكون تخمينات منطقية ، والقول أيضاً بالنكوص إلى مراحل ولادية وقبل ولادية ومراحل مبكرة جدا من النمو هو أيضاً تخمينات منطقية .

٩ ـــ ان تجارب « البلاسيبو » (١) (Placeboe.) وما أثبتته من وجود إرجاعات من قبل المفحوصين كما لو كانوا قد أخذوا عقاقير فعلية تضع سؤالا هاما هو: هل هناك فارماكولجيا نفسية للمواد ؟ وبمعنى آخر هل التأثير الفارماكولوجى ليس مطلقا وانما يتم من خلال نفسية الفرد . لقد وجد العديد من الباحثين أن آثار الافيونيات تختلف من فرد إلى آخر بحسب كمية الجرعة ومدة الاستخدام والعمر الزمنى وأيضاً ما يعتقده الفرد وما يتوقعه من آثار للعقار . ولعل فى ذلك ما يدعو إلى أن تكون التجارب والدراسات من أكثر من منظور بحيث تكمل كل رؤية الرؤية الأخرى . وعلى سبيل المثال فقد وجد ناولس ولوكاس (Knowles and Lucas 1960.) أن من يستجيبون لمواد « البلاسيبو » على أنها أفيونات هم أفراد أكثر عصابية وأكثر تعرضا للوقوع فى الإدمان ، ويطرح السؤال نفسه: أى تفسير نسلك هل بناء الشخصية هو الذى حدد هذه الاستجابة ؟ أم أن هناك استعدادات فسيولوجية كما يقول أصحاب الطب النفسى ؟ أم هى فارماكولوجية العقار ؟ وإذا كانت كل هذه العناصر مشتركة فهل من الممكن التوصل إلى نقاط اتفاق أساسية تحدد الظروف الواجب توافرها فى هذه العوامل مجتمعة لتحدث ذلك ؟

١٠ ـــ من الوجهة النفسية البحتة فان النظر إلى الإدمان من خلال الإطار النفسى الداخلى وحده أو الإطار السلوكي وحده لا يزودنا إلا بصورة ناقصة فمن المهم أن نتدبر عادة الإدمان كما هى بغض النظر عن السبب الذى من أجله يبدأ الفرد هذه العادة ، فكثير من المدمنين يعودون إلى العقار بعد أن

(١) مواد تقدم للمفحوص على أنها مخدرات أو أفيونات أو منبهات وهى ليست كذلك .

يكونوا قد نجحوا فى الامتناع عنه لفترة طويلة وهذا يجعل من الضرورى دراسة عوامل الشخصية كذلك . وهذا مما يؤكد الاعتماد على كل من النموذجين معاً حيث أن كل واحد منها يكمل الآخر بالنسبة لهذا الموضوع .

إدمان العقاقير بعامة وإدمان الأفيون بخاصة مشكلة متشابكة الأطراف ، معقدة العوامل ، فان تعاطى أحد الأفراد لحقنة مورفين أو قطعة أفيون أو قليل من الهيروين للشم نتاج لعملية سياسية واقتصادية واجتماعية وفسيولوجية وطبية وفارماكولوجية وبيوكيماوية وسيكولوجية وقانونية وعوامل أخرى عديدة ، وهذا قل أن نجده فى تعرضنا لأى ظاهرة أخرى .

وهذا يؤدى بنا إلى تساؤل هام هو : كيف تطورت النظرة المصرية للافيون ، وما هى ملامحها التاريخية والاجتماعية والتشريعية والسيكولوجية . ذلك لأن التصدى لهذا السؤال إنما يظهر بصورة أكثر وضوحا مشكلة الإدمان فى مصر وهذا ما نتناوله فى الفصل القادم .

الفصل الثالث

تطور النظرة المصرية لعقار الافيون

أولا : نظرة تاريخية تشريعية : —

شغلت مشكلة إدمان المخدرات عموما بال المسئولين منذ زمن بعيد ، والدليل على ذلك أن أول تشريع كان سنة ١٨٧٩ وهو أمر عال يحرم فيه استيراد الحشيش كما ينص على مصادرة ما يرد منه ومنع زراعته (محمد نجيت الملاح ١٩٣٨) . .

ولكن مما يثير الدهشة أن المشرع المصرى لم يتدخل فى مسألة الأفيون إلا فى قانون سنة ١٩٢٦ وفى الفترة من سنة ١٩١٨ إلى سنة ١٩٢٠ ، ففى سنة ١٩١٨ صدر أول قانون يحرم زراعة الأفيون لأسباب اقتصادية إذ أريد تخصيص الأراضى لزراعة الحبوب أثناء الحرب ، وقد نص هذا القانون على رفع هذا الحظر بمجرد عدم الحاجة إليه ، وفعلا صدر قرار وزير الزراعة سنة ١٩٢٠ باباحة زراعة الأفيون كما كانت .

وتلا ذلك صدور قانون سنة ١٩٢٥ الذى نص فى المادة (٣٠) على وجوب الحصول على إذن من وزارة الداخلية لكل من يريد أن يشترى الأفيون وأن يقوم بتصديره للخارج .

ثم صدر قانون سنة ١٩٢٦ الذى منع زراعة الأفيون واعتبرها مخالفة عقوبتها الحبس بما لا يزيد عن سبعة أيام والغرامة إلى مائة قرش أو إحدى العقوبتين .

ثم صدر العديد من القوانين بعد ذلك وكلها تتجه نحو شيء واحد هو التشديد العقابي ، ففي عام ١٩٢٨ زادت العقوبة وأصبح الحكم بالحبس مع الشغل من سنة إلى خمس سنوات وبغرامة من ٢٠٠ جنيه إلى ١٠٠٠ جنيه بالنسبة للاتجار ، وبالنسبة للمتعاطي أصبحت العقوبة من ستة شهور إلى ثلاث سنوات وبغرامة من ٣٠ جنيها إلى ٣٠٠ جنيه . كذلك اتجه قانون سنة ١٩٤٤ في نفس اتجاه التشديد العقابي .

وفي عام ١٩٥٢ صدر قانون رقم ٣٥١ الذي وصلت فيه العقوبة إلى الاشغال الشاقة المؤبدة مع رفع الغرامة من ٣٠٠٠ جنيه إلى عشرة آلاف جنيه بالنسبة للتاجر ، من ٥٠٠ جنيه إلى ٣٠٠٠ جنيه بالنسبة للمتعاطي مع السجن ستة أشهر كحد أدنى للعقوبة (تقرير وزارة الشئون) .

وفي عام ١٩٦٠ صدر القانون رقم ١٨٢ الذي عدلت بعض أحكامه بالقانون رقم ٤٠ لسنة ١٩٦٦ وارتفعت العقوبة إلى إعدام المهرب في حالة العودة وتجريم كل من يوجد في جلسة التعاطي فيما بعض الأقارب من الأصول بالنسبة لصاحب مكان التعاطي (سعد المغربي ١٩٦٢) .

والمتتبع للمشروع المصري يجد أنه في تصاعد مستمر بالعقوبة فبدأت باعتبارها مخالفة وانتهت في آخر تشريع لها باعتبارها جناية ، والتصاعد بالعقاب قد يوهم البعض أنه كفيل بالقضاء على الظاهرة موضع التشريع ، ولكن هذا غير صحيح ولا جدوى منه إذ يقول دكتور على راشد : «أنه لا جدوى من تصعيد العقاب على الاتجار في المخدرات أو تعاطيها والاعتقاد بأن ذلك يقضى على آفة المخدرات هو وهم كبير والدليل على ذلك ما تشير إليه الاحصاءات الجنائية من ازدياد مطرد في حجم جرائم الاتجار في المخدرات وتعاطيها .

كذلك فان تشديد العقوبة يؤدى إلى تحرج المحاكم عن تطبيق هذه

العقوبات الشديدة وتلمس أسباب البراءة والتخفيف على المتهمين ، وتعمد المحاكم فى كثير من الأحوال إلى نفى نية الاتجار عن المتهمين والاكتفاء بعقوبة التعاطى على الرغم من أن ظاهر الحال يخالف ذلك ، وأن نسبة كبيرة من نزلاء السجون المصرية حوالى الثلث من المحكوم عليهم بالاتجار أو تعاطى المخدرات وهذا بالطبع يلقى عبئا كبيرا على جهاز السجون دون فائدة تذكر ، وبالإضافة إلى ذلك فان اعتبار التعاطى جناية خطيرة يمنح رجال الضبط سلطات واسعة فى دخول المنازل وتفتيشها والقبض على الأفراد وهذا انتهاك خطير للحريات . (على راشد ١٩٦٨) .

ويبدو أن المشرع لم يبذل أى محاولة جادة لفهم العوامل التى تؤدى إلى الاقبال على التعاطى ، كما أنه غير مقتنع بعدم جدوى العقوبات الصارمة فى مكافحة تعاطى المخدرات ، وذلك لأنه عند علمه بوجود تجارب عن استخدام مؤسسات خاصة لإيداع مدمنى المخدرات كبديل عن العقوبة السالبة للحرية ، أدخل تدبير الايداع فى مصحة لمدمنى المخدرات كتدبير جوازى للقاضى إذا ثبت إدمان المتهم (مادة ٣٧ - ٣ من قانون المخدرات) .

كذلك فان المشرع كان بعيدا تماما عن الواقع الاجتماعى إذ قرر إلى جانب عقوبة السجن للمتعاطى ، عقوبة الغرامة بحد أدنى ٥٠٠ جنيه وحد أقصى ٣٠٠٠ جنيه مع أن الغالبية العظمى منهم يملكون بالكاد قوت يومهم (سمير الجنزورى ١٩٧١) .

ويبين الجدول التالى عدد المسجونين الموجودين بسجون مصر فى الفترة من ٦٨ — ١٩٧١ المحكوم عليهم فى قضايا اتجار أو تعاطى (تقارير مصلحة السجون ١٩٦٨ — ١٩٧١) .

جدول رقم (٢)

بين عدد المسجونين الموجودين فى السجون فى قضايا اتجار أو تعاطى

السنة	اتجار	تعاطى
١٩٦٨	٣٨٦	٢٣٥٣
١٩٦٩	٢٩٦	٢٣٩٤
١٩٧٠	١٩٤	١٧٧٣
١٩٧١	١٣٢	١٤٧١

ويشمل هذا البيان المحكوم عليهم طبقاً لأحكام القانون رقم ١٨٢ دون تفصيل لنوع المخدر ، فاذا قارنا أعداد المحكوم عليهم بالاتجار فى هذه السنوات بالمتهمين فى قضايا الاتجار لنفس هذه السنوات (تقارير مصلحة الأمن العام ١٩٦٨ – ١٩٧٢) كما يعرضه الجدول رقم (٣) ..

جدول رقم (٣)
يبين عدد المتهمين فى قضايا الاتجار بالمخدرات فى
السنوات من ١٩٦٨ – ١٩٧٢

السنة	عدد المتهمين
١٩٦٨	٥٤٧٥
١٩٦٩	٥٥٩٩
١٩٧٠	٤١٩١
١٩٧١	٣٢٤٤
١٩٧٢	٣٩٢٦

لوجدنا أن تشديد العقاب قد أدى إلى حرج المحاكم ومحاولة إيجاد أى منفذ

لتحويل الجريمة من اتجار إلى تعاطى ، وإذا قيل أن أعداد المتهمين فى سنة ما لا يمكن مقارنتها بالمسجونين فى نفس السنة وذلك لإجراءات المحاكم فاننا نقول أننا لو قارنا المتهمين فى سنة ١٩٦٨ وعددهم ٥٤٧٥ بالموجودين سنة ١٩٧١ (باعتبار أن إجراءات المحاكم تأخذ ثلاث سنوات) لوجدنا أن المسجونين يشكلون نسبة ضئيلة جدا ٢,٤ ٪ وهذا يؤكد فشل الاتجاه التشديدى فى العقوبة .

أن اهتمامنا بظاهرة الاتجار نابع من أن التاجر هو أول الطريق المؤدية للإدمان . فمع الإيمان بالحقيقة القائلة أن الإدمان مشكلة سيكولوجية بالدرجة الأولى إلا أننا لا يمكن أن ننكر دور العديد من العوامل الأخرى وأولها التاجر الذى يستطيع أن يصطاد ضحاياه ويعلقهم بالعقار (Hooked by the drug)

ذلك كان الاتجاه التاريخى التشريعى لإدمان الأفيون فى مصر، ومما هو جدير بالذكر أن أقصى مدى لانتشار المخدرات كان سنة ١٩٢٩ وكان معظمهم من الطبقات العاملة والفلاحين وكان معظمهم يقع فى فئة السن (٢٠ ــ ٤٠) . وكانوا يعالجون فى مستشفيات السجون أو مستشفيات الحكومة ، كما كان يرسل من أصيب منهم بمرض عقلى إلى المستشفيات الخاصة بذلك وقد علق « ددجن » (١٩٢٩) مدير مستشفى الأمراض العقلية بالعباسية على هذه الزيادة فى العدد بما يلى : « أستطيع القول أن متعاطى المخدرات مصابون بلوثة عقلية ، وهم يتعاطون هذه المواد رغبة فى الشعور بالسعادة أو التخدير أو لأغراض أخرى خبيثة » ، وأيده فى ذلك « ميلر » (١٩٣٠) مدير مستشفى الخانكة للأمراض العقلية الذى أسند اشتهاء المخدرات إلى نقص عقلى حتى أنه اعتبر وجود مثل هؤلاء المدمنين أمرا لا مفر منه طالما أنه لا مفر من وجود أشخاص ذوى نقص عقلى .

كذلك فان وجود الامتيازات الأجنبية فى مصر ساعد على تهريب المخدرات إلى مصر ويكفى أن يعرف أن نسبة كبيرة من كبار التجار كانوا من رعايا انجلترا أو فرنسا أو ايطاليا واليونان فى الفترة من ١٩٣١ ــ ١٩٣٥ إذ كانت تبلغ نسبتهم ٨٣ ٪ (محمد بخيت الملاح ١٩٣٨) .

ثانياً : نظرة اجتماعية نفسية وعلاجية : —

على الرغم من أن مشكلة إدمان المخدرات بعامة وإدمان الأفيون بخاصة فى مصر من المشكلات القديمة إلا أننا لم نصادف دراسات علمية عنيت بهذه المشكلة إلا ثلاث دراسات هى :

١ — تعاطى الحشيش فى الاقليم الجنوبى وقام بها المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية سنة ١٩٦٤ .
٢ — ظاهرة تعاطى الحشيش رسالة ماجستير سنة ١٩٦٠ .
٣ — سيكولوجية تعاطى المخدرات ، رسالة دكتوراه سنة ١٩٦٦ .

وتتفق هذه الدراسات الثلاث فيما بينها على أن المدمنين يأتون من الطبقات الاجتماعية الدنيا وأن طبيعة أعمالهم عادة ما تكون يدوية غير فنية ، كما أن الأمية منتشرة بينهم بالإضافة إلى أنهم يعدون من ذوى الدخل المنخفض ، وهذا يعنى أن الطبقة الاجتماعية التى ينتمى إليها المدمن المصرى هى الطبقة الدنيا ، وطبقاً لبعض التقارير الإحصائية التى تعدها مصلحة السجون فانها تؤكد ما قالت به هذه البحوث والدراسات .

وتنظر « مصر » إلى المدمن شأنها شأن معظم — إن لم يكن كل دول العالم — وأعنى بذلك نظرة مزدوجة ، بمعنى أن المدمن إذا قبض عليه متلبسا بتهمة التعاطى فانه يعاقب طبقاً لقوانين العقوبات ، وإذا قام بتسليم نفسه فإنه يعامل باعتباره مريضاً ويودع فى مصحة (للعلاج فترة ثلاثة شهور بقصد شفائه من الإدمان) .

وقد كان المتبع فى بداية الأمر أن يقوم المدمن بتسليم نفسه إلى قسم الشرطة التابع له طالبا إيداعه بمركز علاج الإدمان الموجود بمصحة الأمراض النفسية بالخانكة ، ثم يقوم قسم الشرطة بتحويله إلى المركز . ولكن هذا

النظام عدل وأصبح من الممكن لأى مدمن أن يتقدم بنفسه إلى المصحة للدخول للعلاج .

ويعتمد العلاج الحالى للمدمنين فى مصحة الأمراض العقلية بالخانكة على عدم إعطائهم أية عقاقير عند الدخول ، بالإضافة إلى عدم صرف أية أدوية يكون من مكوناتها أية عقاقير ذات طبيعة إدمانية ، ويقضى المدمنون فترة ثلاثة شهور داخل العنبر المخصص لهم وغير مسموح لهم بالخروج فى هذه الفترة على الإطلاق ، ولكن المسموح به هو زيارة أقاربهم لهم ، كذلك لاحظنا عدم وجود أية خدمات نفسية من قبيل جلسات العلاج أو التوجيه النفسى ، كذلك لا يوجد أى نشاط مهنى أو رياضى يقومون به ، ولا يوجد أى نظام للمتابعة بعد إنهاء المدة ، كما لا توجد أية خدمات اجتماعية تؤدى لهم باستثناء إعطائهم كتابا يفيد وجودهم داخل المصحة فى الفترة التى قضوها بالمصحة ، ويشرف على هذا العنبر طبيب نفسى ، وهذا العنبر أيضاً مخصص لاستقبال حالات الأمراض العقلية .

وفى رأينا أن هذه الفترة التى يقضيها المدمن تعد فترة سجن فى مصحة للأمراض العقلية .

أما الجهة الثانية التى تقدم العلاج للمدمنين فهى الجمعية المركزية العامة لمكافحة الإدمان (جمال ماضى أبو العزايم ١٩٧١) التى افتتحت أول عيادة لها سنة ١٩٦٩ ، ويعمل بالعيادة طبيب نفسى وأخصائيون اجتماعيون ومرشدون وثلاثة ممرضين .

وتتضمن خطة العمل بالعيادة إجراء بحث اجتماعى للحالة ثم عرضه على الطبيب النفسى الذى يقوم بالفحص النفسى والجسمى ، ثم وضع خطة للعلاج بحضور الإخصائى الاجتماعى والمرشد الدينى . وتقوم العيادة بصرف الأدوية المناسبة التى تخفف من أعراض الانسحاب أو تلك التى يحتاج إليها

المدمن كعلاج لبعض أمراض جسمية . وقد حضر للعيادة خلال سنة ١٩٧٠ (١٥٤٠ حالة) يشكل إدمان الأفيون منها ٩٥,٥ ٪ وقد تبين أن هؤلاء المدمنين يأتون عادة من وسط العمال الكادحين وأن ٨٠ ٪ حضروا التماسا للعلاج بعد خمس عشرة سنة من بدء التعاطى ، وأن نسبة ٢٢ ٪ منهم من فئة السن ٤٥ — ٥٠ ، وأن نسبة ٧١ ٪ ظلوا يترددون بانتظام على العيادة لمدة شهر ، وأن ٧٦ ٪ أتوا عن طريق ملمنين سابقين تم علاجهم بالعيادة ، وأن ٧٠ ٪ منهم متزوجون .

ويتميز العلاج بالعيادة بأن تكاليفه المالية أقل وأن المدمن يعود إلى عمله سريعا فى مدى أيام ، كما أنه لا يشعر بأى قيد على حريته ، ويشترك فى مجتمع علاجى فيه زملاؤه من المدمنين وفريق من المتخصصين ، بالإضافة إلى شعوره السريع بالتحسن الجسمى وتحسين الأوضاع الاجتماعية له عن طريق العون الاجتماعى الذى تقدمه العيادة .

هذان هما الاسلوبان المتبعان فى علاج الإدمان فى مصر ، الأسلوب الأول يعتمد على الإقامة الداخلية لفترة من الزمن داخل مصحة للأمراض العقلية ، والأسلوب الثانى يعتمد على التردد اليومى لعيادة خارجية تابعة للجمعية المركزية لمنع المسكرات ، كذلك فان الأسلوب الأول يرفع شعار « لا عقاقير أو كيماويات للعلاج » بينما يعطى الأسلوب الثانى العقاقير المساعدة على التخلص من الإدمان .

ومن الأسئلة التى تثار دائما : أين تكون آماكن علاج المدمنين؟ . إن هناك ثلاثة أماكن جربت جميعها فى مختلف بلاد العالم وثبت بالتجربة أن هناك أوجه ضعف فى كل منها ، وإن كان يبدو أن النوع الثالث منها هو أفضلها (يحى الرخاوى ١٩٧١) . والأنواع الثلاثة هى :

١ — قسم للملمنين فى مستشفى للأمراض العقلية : —

وهو قسم خاص بالمدمنين يقسم إلى وحلية ذات طابع إسعافى

للعناية بالحالات الحادة التى يبدأ فيها تقليل العقار ومنعه ، ثم وحدات أخرى لها مستلزمات طبية أقل ولكن بها إمكانيات للعلاج بالعمل والعلاج النفسى الجمعى والعلاج الاجتماعى ، وكذا بها فرص لإعادة التأهيل . ويؤخذ على هذا النوع ارتباطه بمستشفى الأمراض العقلية الذى قد ينفر اسمها كثيرا من المدمنين ويصرفهم عن الالتحاق به .

٢ — قسم للإدمان ملحق بمستشفى عام :—

وهذا النظام ليس متداولا إلا فى حدود ضيقة ، وفكرته الأساسية تعتمد على أن يشعر المدمن بأنه مازال جزءا من المجتمع وليس كائنا يجب عزله تماما . ويؤخذ على هذا النوع أن تواجده وسط المستشفى العام قد يسهل تسرب العقاقير إليه . وأنه إذا كان اختلاط المدمنين بمرضى الأمراض العقلية قد ثبت ضرره لكل من الفئتين ، فان الأمر يكون أكثر سوءا باختلاط المدمنين بالمرضى العاديين .

٣ — مستشفيات مستقلة للمدمنين :—

ومن المعتقد أن هذا هو اتجاه المستقبل بحيث يكون لكل نوع من الإدمان وحدات مستقلة حيث ثبت تشابه ظروف بعض المتعاطين لعقار معين واختلافهم كمجموعة عن متعاطى عقار آخر . فمدمنو الكحول يختلفون عن مدمنى الأفيون . ولكن بالنسبة للتأهيل فانهم يشتركون جميعا فى النشاط الجماعى . وإذا كانت فكرة عزل المدمنين تبدو نقطة ضعف لأول وهلة ، إلا أنها من جانب آخر تحقق الحصول على عناية أكبر وضبط العلاج بصورة أكثر إحكاما .

ويضاف إلى هذه الأماكن الثلاثة العيادة الخارجية التى أنشئت أساسا لمواجهة الانتشار الهائل الذى لا يتناسب مع إمكانيات المستشفى الداخلية . فالعيادة الخارجية تهيىء الفرصة لمتابعة الخارجين من المستشفيات مددا

طويلة وتساعدهم بالتالى على الاحتفاظ بالتقدم الذى أحرزوه أثناء وجودهم بالمستشفى ، ويمكن أيضاً من خلالها ضبط العود إلى الإدمان فى وقت مبكر وإدخالهم المستشفى قبل ظهور المضاعفات .

ولا تعد العيادة الخارجية بديلا للمستشفيات ولكنها مكملة لها فهى سابقة لها إذا كانت الإمكانيات المتاحة لا تسمح بادخال كل من يحتاج الدخول إلى المستشفى ، فاذا نجح العلاج فانها تكون قد حققت هدفا من أهداف المستشفى ، وإذا لم ينجح العلاج فان على المدمن أن يدخل المستشفى .

من العرض السابق يتبين أن النظام العلاجى الحالى يعد بعيدا إلى حد كبير عن الأنظمة المطلوبة لعلاج هذه الظاهرة الخطيرة ، فالقسم الداخلى موجود بمصحة للأمراض العقلية ، الأمر الذى ترتب عليه فى بعض الحالات أن يصاب بعض المدمنين بالأمراض العقلية بالإضافة إلى إدمانهم .

كذلك فان العيادة الخارجية تعمل مستقلة تماما وكأنها قادرة على علاج جميع حالات الإدمان بينما كان من المفترض أن تعمل العيادة كمقدمة لعلاج من تستطيع أن تعالجهم وتحويل الباقى إلى المستشفى ، ذلك لأن نجاح العلاج عن طريق العيادة لا يحدث إلا تحت شروط خمسة هى : (يحيى الرخاوى ١٩٧١) .

١ – أن يكون المريض راغبا فى العلاج وأن تكون المشكلة حديثة إلى درجة ما .

٢ – أن يكون الأهل وزملاء العمل متعاونين لتتبع الحالة والتبليغ عن أى أعراض غير طبيعية فى أثناء فترة الامتناع أو عند الشك فى الرجوع إلى العقار .

٣ – أن تكون شخصية المريض قبل التعاطى من النوع المتكامل التى تخلو

من السيكوباتية التي قد تدفعه إلى استعمال العلاج بالعيادة الخارجية لأغراض أخرى غير الانقطاع عن المخدر .

٤ – أن يكون العلاج بها خطوة مبدئية ، إذا ما فشلت فلابد من اللجوء إلى البديل وهو دخول المستشفى .

٥ – أن يكون ارتباطها وثيقاً بالمستشفى حتى تتم المتابعة بعد الخروج ولفترة لا تقل عن سنتين .

هذا ولم نجد أي محاولات لتطوير علاج الإدمان في مصر من أي من الجهات المسئولة عن ذلك ، سواء كانت وزارة الصحة أم الجامعات أم الجمعية المركزية لمنع المسكرات ، فيما عدا ما وجدناه فيما تضمنته الخطة العشرية (١٩٧٠ – ١٩٨٠) لوزارة الشئون الاجتماعية من إنشاء مجموعة من المؤسسات باسم مؤسسات تأهيل متعاطي المخدرات في مصر للقيام بعملية التأهيل لهم وتنقسم هذه المؤسسات المقترحة إلى سبعة أقسام رئيسية هي : –

١ – قسم الاستقبال والملاحظة .

٢ – القسم الطبي :

(أ) فحص طبي عام .

(ب) فحوص طبية نوعية .

(ج) تحاليل طبية متخصصة .

(د) علاج طبي – للتحرر من أثر المخدر .

(هـ) فحص طبي نفسي .

(و) علاج طبي نفسي .

٣ – القسم الاجتماعي :

(أ) خدمة فرد – بحث المشكلات الخاصة بالفرد وأسرته .

(ب) برامج جماعات .

(ج) برامج ترفيه . .

(د) برامج التكيف الاجتماعى ،

(ه) مساعدات للأسرة والفرد .

٤ – القسم النفسى :

(أ) نقييم القدرات العامة والخاصة .

(ب) تقييم الشخصية والتكيف الشخصى .

(ج) دراسة المشكلات السلوكية .

(د) ارشاد نفسى .

(ه) الاشتراك فى العلاج النفسى .

٥ – القسم المهنى .

(أ) التقييم المهنى .

(ب) التوجيه المهنى والمشورة المهنية .

(ج) التدريب المهنى – زراعى – صناعى – أعمال كتابية .

(د) التوظيف فى أعمال مناسبة .

٦ – قسم الرعاية الداخلية .

(أ) الإقامة الداخلية .

(ب) التغذية .

(ج) مختلف شئون الحياة اليومية (غسيل – كى ... إلخ) .

٧ – تتبع استقرار الفرد فى المجتمع .

يتبين مما سبق أن مصر قد عرفت الأفيون منذ وقت بعيد ، وأن مشكلة إدمان الأفيون من المشكلات التى نعانى منها فى مصر . وعلى الرغم من ذلك فان الجهود العلاجية لهذه المشكلة تعد متخلفة تماما وتقوم الجهود الحالية بدون أساس علمى تستند إليه أو فاسفة تحاول تطبيقها ، وحتى المشروع الذى تقترحه وزارة الشئون الاجتماعية يطابق تماما مؤسسات رعاية الاحداث .

إن أى خطة للعلاج يجب أن تستند — من وجهة نظرنا — إلى حقيقة أساسية مؤداها أننا أمام مشكلة نفسية بالدرجة الأولى ، إننا أمام شخصية معتلة وأن التركيز يجب أن يكون على إعادة تكوين هذه الشخصية وتقويتها ، فالعقاقير عموما والأفيون بخاصة موجود أساسا داخل شخصية المدمن وليس خارجها ، وعلى ذلك فالتركيز يجب أن يكون على الشخصية نفسها ، كما يجب الاستفادة من الخبرات العلاجية التى تمت فى الخارج ومحاولة تطويرها لتلائم البيئة المصرية ، وليس من الضرورى أبدا أن نخترع ما هو موجود بالفعل . .

الفصل الرابع

مشكلة البحث وفروضه

- تحديد المشكلة .
- فروض البحث .
- التعريفات الإجرائية للمتغيرات .

(أ) الإدمان . (ب) أعراض الانسحاب .

(جـ) المدمن . (د) الاطاقة .

(هـ) العصابية . (و) الذهانية .

(ز) السيكوباتية . (ح) الطمأنينة الانفعالية .

تحديد المشكلة :

التربية فى مفهومها العام هى العملية التى تقوم بها المؤسسات الاجتماعية المختلفة لإعداد المواطن ، وبذلك لا تكون التربية قاصرة على المجال المدرسى والتعليمى فقط ، ولكنها تمتد لتشمل مختلف جوانب الحياة الاجتماعية . وتقوم كافة المؤسسات الاجتماعية بتنمية خصائص سلوكية معينة تساعد الفرد على اتخاذ الدور الملائم له فى الحياة وذلك من خلال تكوين أنماط سلوكية متعلمة تنتظم فيها العادات والتقاليد وأساليب التعامل مع الغير .

والمتتبع لدور المؤسسات الاجتماعية فى المجتمعات المختلفة يجد أن هذه المؤسسات تعمل فى تناغم وايقاع واحد تقريبا فى المجتمعات البدائية ، بينما تتباين أدوارها وتختلف وتصل إلى حد التضاد أحيانا فى المجتمعات المتقدمة ، وهذا يعنى عدم وجود اتفاق فى الأنماط السلوكية التى تغرسها المؤسسات الاجتماعية فى المجتمع الواحد ، وهذا ما يخلق بالطبع ما يسمى بالصراع القيمى / فاذا أضفنا إلى ذلك بعض الأنماط السلوكية التى لا توافق معظم المؤسسات الاجتماعية عليها والتى تغرسها مؤسسات هامشية (كجماعات النشالين — وتجار المخدرات — وقطاع الطرق) فاننا نتوقع وجود أنماط سلوكية غير سوية لا يوافق عليها المجتمع على الرغم من اعتبارها أنماطا سلوكية سوية من بعض الجماعات الهامشية .

ويعد الإدمان بعامة وإدمان الأفيون بخاصة نمطا سلوكيا ولكنه نمط سلوكى غير سوى من حيث إنه يلحق الضرر بالمجتمع والفرد على السواء .

ويختلف تناول المختصين من الباحثين للإدمان باختلاف مجالات تخصصهم واهتماماتهم العلمية ، فهو بالنسبة للطبيب مشكلة صحة عامة من حيث إنه يترك آثارا مرضية بالكبد وبالجهاز المعدى المعوى وبالكلى وبالجهاز التنفسى والجهاز التناسلى .

وهو بالنسبة للاجتماعيين نتاج فقر وبيئات دنيا وضغوط اجتماعية ومسايرة لجماعات منحرفة وقيم عدائية تجاه المجتمع .

وهو بالنسبة لرجال القانون يمثل مخالفة لقواعد وقوانين وعرف ارتضاه المجتمع كما أنه خروج على القانون يستوجب العقاب .

وهو من الناحية الاقتصادية عبارة عن نقص فى الانتاجية وسوء فى توزيع الدخل الفردى ومشكلات اقتصادية مختلفة .

ومن وجهة الطب النفسى فهو اعتماد قهرى على سموم يستوجب إعطاء سموم مضادة للتخلص منه .

وحتى إذا أخذنا رأى رجل الشارع فاننا سنجد تباينا فى الآراء تبعا لدرجة القبول أو الرفض القيمى للإدمان الذى يتبناه ، وقد ذكرت منظمة الصحة العالمية (W.H.O. 1973) أن الفرد قد يقع فريسة الإدمان من عدة سبل . هى :

١ ــ اضطراب الشخصية اضطرابا يجعله يفضل الاشباع العاجل على الاشباع الآجل .

٢ ــ جنوح الشخصية وبخاصة فى فترة المراهقة مما يفرض عليه تحصيل مشاعر الاستمتاع الذاتى وإن كان ذلك يتم بصورة لا يرتضيها المجتمع .

٣ ــ التماس العلاج من :

(أ) متاعب نفسية خلال فترة المراهقة أو من مشاعر الاحباط الاجتماعى أو الاقتصادى أو من معاناة المرض النفسى أو القلق الحاد أو الاضطرابات العقلية لفترة طويلة .

(ب) متاعب فسيولوجية ناتجة عن أمراض جسمية أو تعب مزمن

٤ ـ وجود معتقدات تجعله يؤمن بأن للعقار قوة خاصة تمنع الأمراض أو تزيد من القدرة الجنسية أو نحو ذلك .

٥ ـ الحصول على الموافقة الاجتماعية من ثقافة فرعية عادة ما تكون منحرفة .

٦ ـ تعبير عن التمرد والثورة على القيم الاجتماعية التقليدية المتصلة بالاستمتاع والتقاليد والنجاح والمكانة .

٧ ـ مظهر لضرر يلحق بعملية الأيض بصفة دائمة أو بصفة مؤقتة ، ضرر يرجع إلى الاستخدام المتكرر لجرعات كبيرة من العقار .

٨ ـ نوع من السلوك المتعلم الناتج عن استجابات شرطية مرتبطة له .

٩ ـ شدة الضغوط الاجتماعية الواقعة على الفرد .

وفى رأينا أن الإدمان مشكلة سيكولوجية بالدرجة الأولى ، ذلك أننا إذا سلمنا بأن سلوك الكائن الحى بعامة والإنسان بخاصة هو سلوك وراءه دافع (Motivated behavior) فان الإدمان من حيث كونه سلوكا ، لابد أن يكون وراءه أيضاً دوافع معينة تدفع صاحبه إلى القيام به على الرغم من الأضرار التى تحيق به وبأسرته ، كذلك فان أى سلوك يقوم به الفرد إنما هو نتاج لكافة المحددات البيئية والوراثية والخبرات الشخصية التى تعرض لها ، فنحن إذن أمام شخصية تدمن ، أى أن الإدمان ليس سلوكا منعزلا عن بقية أنواع السلوك الأخرى التى يقوم بها الفرد بل العكس هو الصحيح ، فان الإدمان سلوك ينتظم فى إطار خاص هو شخصية المدمن بأكملها ، وبمعنى آخر فان البنيان النفسى للمدمن يتسق منطقيا مع سلوك الإدمان عنده ، ولما كانت العلاقة النفسية أعم وأشمل من العلاقة المنطقية التى تعد إحدى صور العلاقة النفسية ، فان التكوين النفسى للشخصية ينتج سلوكا متكاملا لا تناقض فيه على أساس نفسى بحت .

وإذا سلمنا بأن ظاهرة الإدمان هى ظاهرة نفسية بالدرجة الأولى ،

فإننا لا ننكر أيضاً التناول الآخر لها من زاوية الطب أو الفارماكولوجى أو الاجتماع أو الاقتصاد ... إلخ . ولكننا ننظرَ إلى هذا التناول الآخر على أنه يقدم لنا العوامل المساعدة أو المعوقة التى تساعد أو تعوق سلوك الإدمان ، ولكن يظل الأساس هو الدافعية القهرية التى تلح قهريا على فرد ما أن يتعاطى أى نوع من العقاقير .

كذلك فان الإدمان نفسيا يمكن النظر إليه من زاويتين رئيسيتين تكمل إحداهما الأخرى .. وهما :

(أ) زاوية التعلم (ب) زاوية الصحة النفسية .

فمن الزاوية الأولى ، يعد الإدمان سلوكا متعلما،وهذا يعنى أن تنطبق عليه قوانين التعلم النظرية المختلفة من تدعيم وتعزيز وتشريط وإطفاء ... إلخ. كذلك فان الاقلاع عن الإدمان هو نوع من التخلي عن تعلم سابق ليحل محله نمط آخر من أنماط السلوك ويعنى ذلك أن تنطبق عليه قوانين إعادة التعلم .

ومن الزاوية الثالثة ، فان الإدمان مشكلة أساسية فى الصحة النفسية فهو نوع من سوء التوافق ، أو هو نوع من حل الصراعات والخلل فى الشخصية بأسلوب غير توافقى . ويعد الاقلاع عنه مزيدا من توافق الفرد مع نفسه ومع المجتمع الذى يعيش فيه ، أى أن الإدمان شأنه فى ذلك شأن المرض النفسى من حيث إنه فى بعض نواحيه اضطراب وانحراف فى الشخصية كما أن التخلص منه يعنى إعادة لتنظيم الشخصية أو تقويتها أو زيادة فى استبصار الفرد بذاته ، وهذا بالطبع يتطلب نفس الجهود والوسائل التى يتبعها المعالجون النفسيون والاكلينيكيون فى حالات الافراد المشكلين والمرضى النفسيين .

ومن ثم ، فان الإدمان يمثل الآن مبحثا علميا أساسيا من بين مباحث

علم النفس الاكلينيكى والصحة النفسية وعلم النفس المرضى والخدمة الاجتماعية النفسية والطب العقلى ولا يكاد يخلو مرجع من المراجع الأجنبية فى الموضوعات السابق الإشارة إليها عن فصل كامل عن الإدمان .

ولما كان الإدمان أساسا مشكلة نفسية جاز للباحث أن يحدد مشكلة بحثه من واقع المنظور النفسى الاجتماعى الذى حدده للبحث فى ثلاثة أسئلة رئيسية هى :

١ ـ ما العوامل الاجتماعية والنفسية المتصلة بالإدمان ؟

٢ ـ ما التغيرات النفسية التى قد تطرأ على المدمن عند انقطاعه عن المخدر ؟

٣ ـ ما التغيرات النفسية التى قد تطرأ على المدمن من جراء تنفيذ برنامج أولى للعلاج النفسى .

ويحاول السؤال الرئيسى الأول التعرف على العوامل الاجتماعية المختلفة التى تتصل بالإدمان من قبيل : السن عند بدء التعاطى ، والسن عند الإدمان ، والمستوى الاجتماعى الاقتصادى من مهنة ودخل ، ومستوى تعليمى والحالة الزواجية وعدد الأولاد وحى السكن ... إلخ . كما يهدف إلى التعرف على بعض العوامل النفسية ذات الصلة بالإدمان كالذكاء وسمات الشخصية ، ودرجة الأمن الانفعالى ... إلخ .

ويهدف السؤال الثانى إلى التعرف على التغيرات النفسية التى قد تحدث للمدمن منذ لحظة دخوله المصحة للاستشفاء حتى خروجه منها بعد ثلاثة شهور ، وقد حددنا ثلاث فترات زمنية للقياس هى :

١ ـ لحظة الدخول ويعد القياس فى هذه الحالة قياسا للحالة قبل الاقلاع عن المخدر .

٢ - بعد انقضاء أسبوع من الدخول . ذلك أن أعراض الانسحاب تختفى جميعها فى فترة من ٤٨ ساعة إلى ٩٦ ساعة ويصبح المدمن متحررا من العقار من الوجهة الفسيولوجية البحتة (Coleman 1972.) .

٣ - بعد عشرة أسابيع وهى نهاية فترة إقامته فى المصحة والتى تمثل - بتحفظ شديد - تخلصه من الإدمان فسيولوجيا وسيكولوجيا .

ويهدف السؤال الثالث إلى التعرف على التغيرات النفسية التى قد تطرأ على مجموعة من المدمنين فيما لو حضروا مجموعة من جلسات المناقشة الجماعية كنوع من الخدمة النفسية لهم .

فروض البحث:

يضع الباحث الفروض التالية للبحث : —

١ — أن الشعور بعدم الطمأنينة الانفعالية أكثر شيوعا بين مدمنى الأفيون .
٢ — أن مدمنى الأفيون ينتمون إلى مستويات ذكاء منخفضة .

٣ — أن أعراض الانحراف السيكوباتى تشيع لدى مدمنى الأفيون أكثر من الأعراض الذهانية أو الاعراض العصابية .

٤ — اتجاهات مدمنى الأفيون حيال المتغيرات التى يقيسها « اختبار ساكس » وهى الأسرة والجنس والعلاقات الإنسانية وتصور الذات تتسم باضطراب التوافق والسلبية .

٥ — أن اضطرابات الشخصية لدى المدمنين — كما يكشفها اختبار تفهم الموضوع — هى من نوع الاضطرابات العميقة الجذور .

٦ — تختلف السمات السيكولوجية لدى مدمنى الأفيون بعد التحرر الفسيولوجى من الأفيون (معبرا عنه بالبقاء لمدة أسبوع فى المصحة) عنها عند الدخول إلى المصحة .

٧ — تختلف السمات النفسية لدى المدمنين المتحررين فسيولوجيا عنها عند تحررهم النفسى منه (معبرا عنه بالبقاء فترة ثلاثة شهور بالمصحة) .

٨ — تختلف السمات النفسية لدى المدمنين الذين تعرضوا للعلاج النفسى عن هؤلاء الذين لم يتعرضوا لأى نوع من العلاج .

٩ — يخبر مدمنو الأفيون المزمنون كل دورة الإدمان من بحث عن المخدر إلى الطاقة إلى النشوة إلى أعراض الانسحاب .
١٠ — أن الإدمان عادة يبدأ فى فترة المراهقة .

١١ ــ أن المدمنين يتتمون إلى مستويات اجتماعية اقتصادية دنيا .

١٢ ــ أن هناك علاقة طردية بين الإدمان والنشاط الجنسي .

١٣ ــ أن آثار الأفيون تختلف عند بدء الإدمان عنها عند آخر مرة تعاطى .

١٤ ــ أن الحالة المزاجية والنفسية للمدمن تختلف وهو تحت تأثير المخدر عنها وهو خارج ذلك التأثير .

١٥ ــ أن المدمنين يصفون مجتمع المدمنين بصفات تشيع فيها السلبية والازدراء وعدم التقدير .

التعريفات الإجرائية للمصطلحات :

(١) الإدمان :

عادة ما يتعرض الباحث عند تناوله لمصطلحات بحثه للمواقف النظرية التي حددها مختلف العلماء لهذا المصطلح ، وعادة ما يكون المقابل اللغوى واحدا بينما تختلف التفسيرات النظرية ، فالذكاء مثلا هو مصطلح علمى له تفسيرات مختلفة ولكن الجميع حينما يتكلمون إنما يتكلمون من الناحية اللغوية عن كلمة « الذكاء » . وهذا ما لا نجده فى مصطلح الإدمان فان الاختلاف قائم من الوجهة التفسيرية النظرية ومن الوجهة اللغوية أيضاً ، فنجد أن هناك من يقول بالإدمان (Addiction) ، أو باساءة الاستخدام (Abuse) أو بالاستخدام الخاطىء (Misuse) أو بالاستخدام غير الطبى (Non Medical use) أو الاعتماد (Dependence) أو الاعتياد (Habituation) أو هوس التسمم (Toxico Mania) أو الاستخدام القهرى (Compulsive use)

ففى الكتيب الاحصائى التشخيصى للجمعية الأمريكية السيكاترية ، نجد أن إدمان العقاقير (Drug Addiction) عبارة عن عرض لاضطراب الشخصية ويصنف تحت الاضطرابات السيكوباتية للشخصية ، ذلك أن هذا الاصطلاح يضم الإدمان والاعتياد والاعتماد الفسيولوجى والاعتماد النفسى والاعتماد الانفعالى على العقاقير (Wikler 1971.)

وبالمعنى الفارماكولوجى فان الادمان يعد مرادفا للاعتماد الفسيولوجى ، ويقصد بذلك أنه ينتج حالة من التعاطى المتكرر للعقار التى إذا سحبت فجأة من المدمن تنتج عنها اضطرابات فسيولوجية أو ما يسمى بأعراض الامتناع ، هذه الاضطرابات عادة ما يمكن تفسيرها فارماكولوجيا.

وقد كان ينظر إلى الاعتياد والاعتماد النفسى تقليديا — على أنهما

راجعان إلى استخدام قهرى دون وجود اعتماد فسيولوجى .

ويرى وكلر (Wikler 1953.) أن الإدمان (Addiction) عبارة عن الاستخدام القهرى للمواد الكيميائية التى نضر بالفرد أو المجتمع أو كليهما .

ويتفق معه سولتمان (Saltman 1970.) فى ذلك ، فالإدمان عنده يعنى الحاجة الجسمية والنفسية لعقار ما ، بحيث يشعر المدمن برغبة قهرية للعقار ، كما أنه يضطر أن يزيد الجرعة حتى يؤدى العقار التأثير المطلوب كما أنه بدون العقار يعانى من آلام فسيولوجية تسمى باعراض الانسحاب ، وعادة ما يضر نفسه والمجتمع فى حالة استمراره فى تعاطى العقار .

ويميز سميث (Smith 1971.) بين ثلاث مراحل من الاستخدام للعقار فهو يرى أن هناك سوء استخدام راجعا إلى رغبة الفرد للتجريب وحب الاستطلاع ، ثم سوء استخدام دوريا بقصد الترفيه والتسلية ثم الإدمان وهو سوء الاستخدام القهرى للعقار .

وقد حاولت منظمة الصحة العالمية (Stater and Roth 1969.) أن تضع حلا لهذه التناقضات فى تعريف المفهوم فوضعت لجنة الخبراء التابعة لها سنة ١٩٥٢ ، ١٩٥٧ تعريفا ينظر إلى الاعتماد على العقاقير على أنه متغير متصل . وميزت فى هذا التعريف بين الإدمان والاعتياد ، فالإدمان هو حالة تسمم دورية أو مزمنة عن الاستخدام المتكرر لعقار ما وتتصف بالآتى :

١ – رغبة غلابة أو حاجة قهرية تدفع الشخص إلى الاستمرار فى تعاطى العقار والحصول عليه بأية وسيلة ؛

٢ – ميل إلى زيادة الجرعة المتعاطاة من العقار ؛
٣ – اعتماد جسمى بوجه عام ونفسى بوجه خاص على آثار العقار .
٤ – تأثير ضار بالفرد والمجتمع .

أما الاعتياد فهو حالة تنتج من الاستهلاك المستمر لعقار ما ويتصف بالآتى :

١ – رغبة ليست قهرية فى الاستمرار فى تعاطى العقار وذلك للحصول على الاحساس بالسعادة

٢ – ميل ضئيل وقد لا يكون هناك ميل على الإطلاق لزيادة الجرعة .

٣ – درجة ما من الاعتماد السيكولوجى على آثار العقار مع عدم وجود اعتماد فسيولوجى أو أعراض انسحاب .

٤ – آثار ضارة بالفرد فقط .

ويقوم هذان التحديدان للإدمان والاعتياد على أساس الفصل بين الاعتماد الفسيولوجى والاعتماد السيكولوجى ، وقد وجد أنه من الصعب إن لم يكن من العسير تطبيقيا تحديد هذا الفصل فهناك تداخل بين عقار وآخر وبين مريض وآخر ، وعلى ذلك قررت لجنة الخبراء سنة ١٩٦٤ تقديم مصطلح واحد بدلا من كل من الاعتياد والإدمان وأسمته بالاعتماد على العقاقير وحددته بأنه حالة ناتجة عن التعاطى المتكرر لعقار ما على أساس دورى أو مستمر ، وتختلف خصائصه تبعا للعقار المستخدم . وعلى ذلك فهناك أكثر من نمط من أنماط الاعتماد فهناك النمط المورفينى والنمط الكوكايينى ونمط الحشيش ونمط الباربيتيورات ونمط الامفيتامينات . أى أنه حالة سيكولوجية وقد تكون جسمية أيضاً ناتجة عن التفاعل بين الكائن الحى وعقار ما وتتصف باستجابات سلوكية واستجابات أخرى تتضمن الرغبة القهرية فى أخذ العقار بصفة مستمرة أو دورية وذلك للحصول على الأثر النفسى له ، وأحيانا لتحاشى عدم الارتياح الناتج عن عدم التعاطى . وقد تكون الاطاقة موجودة أو غير موجودة وقد يكون الفرد معتمدا على أكثر من عقار . واعتماد الفرد على عقار أو عدم اعتماده عليه يرجع إلى تفاعل عوامل ثلاثة هى :

١ — السمات الشخصية وتجارب الفرد المتعاطى .

٢ — طبيعة البيئة الاجتماعية الثقافية العامة والفردية ،

٣ — الخصائص الدينامية الفارماكولوجية للعقار المستخدم .

مع الأخذ فى الاعتبار كمية العقار المتعاطى وتكرار التعاطى وطرق التعاطى (الشم ، البلع ، الحقن ... إلخ) .

وعلى الرغم من أن المصطلح الجديد « الاعتماد على العقاقير » قد لقى قبولا واسعا من جمهور المشتغلين فى هذا الميدان إلا أن « جلات » (Glatt 1969.) يرى أن التحديد السابق بين الاعتياد والإدمان له استخدامات إكلينيكية ذات فائدة خاصة عند النظر إلى أعراض الانسحاب المفاجئة أو التدريجية . كما أننا نجد أن بيجيروت (Bejerot 1972.) يرى أن مصطلح الاعتماد ليس مصطلحا علميا نقيا وأن الافضل منه مصطلح هوس التسمم (Toxico Mania) وذلك لجميع أنماط الاعتماد بغض النظر عما إذا كانت هذه السموم مخدرات أو عقاقير عادية أو كحولا أو باربيتيورات..إلخ

أما أصحاب التحليل النفسى (Encyclopedia of Psychoanalysis 1968.) بخاصة ، فالإدمان عندهم هو لهفة شرهة مستمرة لبعض المواد أو الأنشطة بحيث يؤدى تعاطيها أو القيام بها إلى التخفف من الضيق أو الحصول على النشوة ، وإذا ارتبط الإدمان بالعقاقير مثل الافيونيات ، فإنه اعتمادا فسيولوجيا ينشأ بالإضافة إلى الاعتماد النفسى . وهذا الاعتماد الفسيولوجى ناتج عن زيادة الجرعات اللازمة للحصول على الأثر المطلوب ، وفى هذه الحالة فإن عدم استمرار استخدام العقار ينتج عنه اضطرابات خطيرة فى التوازن الفسيولوجى النفسى Homeostasis وهو ما يعرف بأعراض الانسحاب أو الامتناع . وهم لا يرون ظاهرة الاعتماد الفسيولوجى علامة فاصلة بين الإدمان والاعتياد ذلك أن الإدمان من وجهة التحليل النفسى

كما يفسره سانيت - ٦٣ نتاج لعدم استطاعة المدمن أن يمارس الاشباع من خلال القنوات العادية للاندماج والاستدماج (incorporation introjection) ذلك لأنه غير قادر على إطاقة التأخير فانه يبحث عن وسيلة عاجلة تنحى جانبا الطريق الفمى للاندماج لكى يحصل على طريق أكثر بدائية وأولية ألا وهو طريق الوريد ، وعلى ذلك فلا علاقة للإدمان بوجود الاعتماد الجسمى على الموضوع من عدمه .

يمكن القول إذن أن استخدام الكلمة يرتبط بالمجال الذى صدرت منه فاساءة الاستخدام والاستخدام الخاطىء والاستخدام غير الطبى صادرة من المهتمين بهذا المجال من الأطباء والصيادلة والكيميائيين، أما كلمات الاعتياد والإدمان والاستخدام القهرى فصادرة من المهتمين بهذا المجال من السيكولوجيين والسيكايتريين . وفى نظرنا أن مصطلح الاعتماد هو مصطلح فضفاض وضع لبرضى كافة الطوائف المشتغلة بموضوع الإدمان ولا يمكن الارتكان عليه كمصطلح علمى ، شأنه شأن « مصطلح هوس التسمم » .

وحيث إن المخدرات وحدها هى القادرة على خلق اعتمادفسيولوجى بالإضافة إلى الاعتماد السيكولوجى دون غيرها من مواد الإدمان من منبهات أو مغيبات (Stimulants or Psychedelics)

فاننا نحدد مصطلح الإدمان فى هذا البحث بالنسبة للأفيون ومشتقاته وفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية الأول سنة ١٩٥٢ ، ١٩٥٧ الخاص بتعريف الإدمان وخاصة أنه يعد إلى حد كبير ممثلا للتعاطى المستمر للأفيونيات إذ ينص صراحة على وجود الاعتماد الجسمى الذى لا نجده فى بقية مواد الإدمان . كما أن المصطلح بتلك الصورة التى أخذنا بها يكاد يحتوى على كافة المترادفات التى ذكرها الباحث من اعتماد ، واستخدام خاطىء ، واستخدام غير طبى ، واستخدام قهرى ... إلخ .

(ب) أعراض الانسحاب (Canon 1971, Martin 1972)

أعراض الانسحاب هى ارجاعات الجسم حينما يمنع عنه العقار الذى يعتمد عليه وهى تتضمن بالنسبة للهيروين والمورفين عدم الراحة و القابلية للاستثارة وتقلصات المعدة والغثيان والقىء والاسهال ، أى أنها مجموعة من الأعراض تختلف من عقار إلى آخر وترجع فى أساسها لتخلص الجسم من السموم ، وهى ليست واحدة فى كل العقاقير ، فتبدو معتدلة لدى متعاطى الماريجوانا بينما تبدو شديدة لدى مدمن الهيروين ، حتى أن « روبرت دى روب » قد وصفها قائلا « إن الطبيب المعتاد على رؤية الآلام يجد أنها محنة أن يرقب آلام المدمن فى هذه الفترة ، وقد يموت بعض المدمنين من هذه الأعراض ، وفى حالة الأفيونيات فانها عادة ما تستمر فترة تتراوح ما بين ٤٨ ساعة إلى ٩٦ ساعة وتتمثل أهم أعراض الانسحاب من الأفيونيات فى الاسهال والقىء ورشح من الأنف والعيون والعرق الغزير وآلام فى العظام والتثاؤب وعدم رغبة الشراب أو الأكل والأرق »[1].

كذلك يلاحظ أن الخوف السابق على ظهور الأعراض والقلق والتوتر الذى يصاب به المدمن يساعد بلاشك على تضخم هذه الأعراض وزيادتها ، فالخوف يصحبه عادة تغيرات وأعراض فسيولوجية تدخل تحت أعراض الانسحاب مثل زيادة العرق والاسهال .

ويميز مارتن (سنة ١٩٧٢) بين الأعراض الأولية والأعراض الثانوية

---

(١) ويعرض الباحث بعض العبارات التى قالتها حالات البحث الحالى عند سؤالهم: ما الذى شعرت به عند انقطاعك عن الأفيون .

- أزهق واتمكنن ويبدأ نشر فى عظمى كله وأدمع ومقدرش أحرك جسمى أبداً .
- جسمى كله يسيب ويتفكك ويجينى إسهال شديد وربو وساعات نزيف .
- يبقى فيه غشاوة فى عينى واعرق قوى وابقى خلقى ضيق قوى .
- معرفش أنام ولا أفكر وأبقى زى المجنون ده غير الآلام اللى أحس بها فى كل جسمى.
- أبقى همدان ومقدرش أشتغل وتجينى آلام كثيرة قوى فى ظهرى واعرق قوى واسهال .

أو ما يسمى بالأعراض المبكرة الأعراض طويلة الأمد ، ذلك أنه يرى أن هناك تغيرات فسيولوجية طويلة المدى تحدث نتيجة تعاطى العقار ، وأن أعراض الانسحاب التى نراها بعد الانقطاع عن العقار مباشرة هى الأعراض الأولية أو المبكرة ، أما الأعراض الأخرى فلا تظهر إلا بعد فترة طويلة وهو يرجع إلى تلك الأعراض الثانوية أو طويلة الأمد السبب فى الانتكاس والعودة إلى الإدمان . ففى دراسته على الفيران التى استخدم فيها مجموعة من الفيران المدمنة للمورفين ومجموعة أخرى غير مدمنة ، ثم سحب المورفين من العينة التجريبية وبدأت ظهور الأعراض المبكرة عليها بعد ٢٤ ساعة من آخر جرعة وبدأ يظهر ما يسمى « بارتعاشات الكاب المبتل » (Wet dog.) ونقص الشهية والوزن ونقص فى استهلاك السوائل وزيادة فى التبول والتبرز ونقص فى درجة الحرارة وعدم النوم ، والعدائية وسرعة الانفعال وزيادة أفراز الادرينالين ... إلخ .

وبعد ١٤٣ يوما من انسحاب المورفين كانت الغدد الكلوية للحيوانات المدمنة أكبر من غدد العينة الضابطة كذلك كانت رءوسها تحتوى على مادة « توربينيفرين » أكثر من العينة الضابطة ، وقد استمرت أعراض الامتناع طويلة الأمد مدة تراوحت ما بين ثلاثة شهور وستة شهور من سحب المخدر .

أعراض الانسحاب التى نقصدها إذن هى تلك الارجاعات الجسمية والنفسية (المبكرة وطويلة الأمد) التى تظهر على المدمن نتيجة سحب العقار منه لأى سبب من الأسباب ، وهى تختلف من عقار إلى آخر كما تختلف من فرد إلى آخر .

(ج) المدمن : —

إذا كان من الصعب تحديد مفهوم الإدمان فان ذلك ينعكس أيضاً على تحديد من هو المدمن ، كذلك فان تحديد من هو المدمن يختلف تبعاً للخلفية

العلمية لصاحب التحديد ، فرجال القانون يختلفون عن الأطباء أو علماء النفس ، أو الأطباء النفسيين أو العاملين فى مجال الفارماكولوجى . وقد يبدو للوهلة الأولى أن المدمن هو أى فرد يستخدم العقاقير استخداما قهريا بحيث تضر صحته ، كما تفقده القدرة على ضبط النفس بالنسبة لإدمانه ، ولكن هذا التعريف يعد تعريفا فضفاضا فهو يضم بين جنباته العديد من أصناف وأنواع المدمنين إذ يمكننا تصنيف المدمنين إلى الأنواع الآتية :

١ ــ حسب نوع العقار :

(أ) مدمنو مخدرات .
(ب) مدمنو منبهات .
(جـ) مدمنو مغيبات (مثيرات للهلاوس) .
(د) مدمنو أكثر من نوع من العقاقير .

٢ ــ حسب طريقة التعاطى :

(أ) مدمنون يستخدمون الشم .
(ب) مدمنون يستخدمون الفم (البلع ــ الاستحلاب .. إلخ) .
(جـ) مدمنون يستخدمون الحقن (تحت الجلد ــ العضلى ــ الوريدى).
(د) مدمنون يستخدمون أكثر من طريقة للتعاطى .

٣ ــ حسب التاريخ الإدمانى :

(أ) مدمنون لا يوجد فى تاريخهم سوى عقار واحد .
(ب) مدمنون تنقلوا من عقار إلى آخر حتى استقروا على عقار ما .
(جـ) مدمنون لأى ولكل العقاقير .

٤ ــ حسب محاولة التخلص من الإدمان :

(أ) مدمنون لم ينقطعوا عن الإدمان ولم يحاولوا الانقطاع عنه .

(ب) مدمنون حاولوا الانقطاع عن الإدمان .

٥ ــ حسب مدة الإدمان :

(أ) مدمنون جديثون .

(ب) مدمنون مزمنون .

٦ ــ حسب نوع الإدمان :

(أ) إدمان عرضى (Syptomatic Addiction.)

(ب) إدمان أولى (Primary Addiction).

وقد أثبتت الدراسات المختلفة أن هناك فروقا بين متعاطى العقاقير المختلفة ، كما ثبت أن هناك علاقة بين نوع التعاطى ودرجة عدم السواء والاضطراب فى الشخصية بل وفى نوعية هذا الاضطراب (Fraser 1972.) وفرقت الدراسات بين خصائص الشخصية التى يتميز بها من ارتضوا عقارا واحدا وبين من تنقلوا من عقار إلى آخر ، وهناك فروق جوهرية بين من حاولوا التخلص من الإدمان وبين من لم يحاولوا التخلص من الإدمان ، كذلك هناك فروق بين المدمنين الحديثين والمدمنين المزمنين ، كما أن هناك فروقا بين أولئك ذوى الإدمان العرضى وهؤلاء ذوى الإدمان الأولى .

إن كلمه مدمن أقرب ما تكون إلى قولنا عصابى أو ذهانى ، أى أنها توصيف عام لمصطلح يضم العديد من التحديدات الداخلية فيه .

ويحدد الباحث المدمن فى هذا البحث على أنه مدمن مزمن استقر على إدمان الأفيون وله ــ أو ليس له ــ محاولات للتخلص منه ويستخدم أى طريقة للتعاطى . أى أن المدمنين فى هذا البحث عبارة عن مجموعة من مدمنى الأفيون ومشتقاته المزمنين الذى سعوا طواعية إلى الاستشفاء منه .

(د) الاطاقة : ــ

يحددها جوردن (Gordan 1970) بأنها الاحتياج إلى مزيد من العقار

لكى يحدث نفس الأثر على المتعاطى ، أما ازبل وهوايت (Isbell & White 1968) فيريان أنها نقص فى أثر العقار ناتج عن تكرار تعاطى نفس الجرعة .

فالجسم عادة ما يتفاعل مع أى مادة غريبة تدخله ، ويكون الهدف النهائى من هذا التفاعل هو التوافق أو التخلص من تلك المادة ، وفى حالة التوافق فان تغيرات فسيولوجية سريعة تحدث . والاطاقة هى السرعة التى يتوافق بها الجسم مع هذه التغيرات الناشئة عن تناول العقار والعودة إلى حالة الاتزان . وفى معظم الأحوال فان الجسم يتفاعل ويتواءم مع هذه العقاقير بحيث تقل الاستجابة للجرعة الأصلية ، وعليه فان زيادة الجرعات هى الحل الوحيد أمام متعاطى العقار للحصول على تأثير الجرعة الأصلية . ومن الممكن أن يأخذ الشخص الذى تكونت لديه إطاقة عقار ما جرعات كبيرة تكفى لقتل فرد لم تتكون لديه بعد إطاقة هذا العقار ، ففى حالات الإدمان المورفينى أو الهيروينى قد يصل المدمن إلى جرعة تعادل ٥٠ ضعف الجرعات القاتلة للفرد العادى و ٢٠٠ ضعف الجرعة الطبية العادية (Bejerot 1972)

وبالنسبة للعقاقير التى ترتبط فارماكولوجيا سواء فى تركيبها الكيميائى أو فى آثارها فان الاطاقة التى تتكون لعقار ما تمتد للعقاقير الأخرى وهذا ما يسمى بالاطاقة العرضية أوالتبادلية (Canon 1971) (cross tolerence) فهذه الاطاقة تحدث مثلا بين المورفين ومختلف مشتقات الفينانترين المخدرة (analgesic Phenantherene derivatives) ، كذلك فانالأساس العلمى الذى يجعل الميثادون (وهو مركب صناعى) يستخدم للتخلص من إدمان المورفين أو الهيروين هو أن بينهما إطاقة عرضية وأن الفرد الذى يتعاطى الميثادون — وهو أقل ضررا — لا يؤثر فيه الهيروين أو المورفين .

وقد حدد « رسل » (Russell) النتائج المحتملة عن طريق المزاوجة فى استخدام العقاقير فيما يلى :

١ – أن يحدث تأثير العقار (أ) عن طريق جرعات أقل من العقار (ب).
٢ – أن يضعف تعاطى العقار (أ) من تأثير تعاطى العقار (ب).
٣ – أن يقوى تعاطى العقار (أ) من تأثير العقار (ب).

والحالتان الأوليان تمثلان الاطاقة العرضية بينما تمثل الحالة الثالثة مفهوم تقوية العقار، وعلى سبيل المثال فان تعاطى الكحول مع عقار الباربيتيورات يزيد من تأثيرها الفارماكولوجى ويقويه.

ويرى المشايعون للتحليل النفسى (فينيكل ١٩٦٩) أن تناقص تأثير المخدر وإن كان له أصل فسيولوجى، إلا أن هناك أسبابا نفسية تخلق الاطاقة أيضاً، فلما كان تأثير المخدر يستند إلى كونه يستشعر على أنه الطعام والدفء فان المدمنين من هذا النوع يستجيبون للمواقف التى تخلق الحاجة إلى التسكين أو التنشيط بطريقة تختلف عنها عند غيرهم؛ فهم لا يطيقون التوترات، ولا يتحملون الألم والاحباط، وينتهزون أية فرصة للهرب مرحبين بها، ومن الممكن أن يعيشوا تأثير المخدر كشىء أعظم إشباعا من الموقف الأصلى، وبعد تحقق النشوة يصبح الألم والاحباط أكثر استحالة على التحمل مما يتمخض عنه تصعيد فى استخدام المخدر، وشيئا فشيئا تخلى جميع الحفزات الأخرى مكانها للهفة إلى العقار موضوع الإدمان. فاذا سلمنا بأن الافعال الاندفاعية التى يقوم بها الفرد بغرض الحماية ضد أخطار مزعومة، يمكن أن تصبح هى نفسها خطرة، ومن ثم يمكن أن تتولد حلقة مفرغة، وهذا ما يحدث للمدمنين، فحين يصبح المدمنون واعين بتفككهم النفسى المتزايد، فانهم ولاشك يدركون ذلك على أنه خطر، ولكنهم لا يملكون أية وسيلة أخرى لمواجهة هذا الخطر، اللهم إلا بزيادة كمية المخدر ومن ثم يقعون فى حلقة مفرغة لا فكاك منها، فالدورة الهوسية الاكتئابية بين النشوة وآلام الصباح التالى تغدو أقل انتظاما، فالنشوة تغدو أقصر فأقصر وتختفى فى النهاية بينما يصبح الاكتئاب مستمرا.

ولا يمكن أن ننكر الدور النفسى فى الاطاقة ، إذ تذكر المصادر العلمية أن هناك العديد من الأفراد الذين يتحكمون فى الجرعة التى يتعاطونها دون زيادة أو نقصان (Kolb 1962) كذلك فانه قد تبين للباحث أن عينة البحث من المدمنين يمكن أن يقسمها إلى صنفين اثنين :

١ – الصنف الأول : –

مدمنون فى حالة شراهة حادة للأفيون فهم غير قادرين على منع أنفسهم عن تناوله بأى كميات بحيث إن توافر أى نقود معهم تعنى بالدرجة الأولى الحصول على كميات من الأفيون لتناولها بغض النظر عن مناسبتها لهم ، فهم إذا صح التعبير يسبقون الاطاقة الفسيولوجية(*).

٢ – الصنف الثانى : –

مدمنون لم يتغير معدل تعاطيهم « كمية الأفيون اليومية » منذ بدء إدمانهم حتى الآن ، على الرغم من أن تاريخهم الإدمانى طويل جدا ويصل فى بعض الحالات إلى ٢٠ سنة . وهؤلاء لم يتبين للباحث من تاريخ إدمانهم وجود زيادة جوهرية فى كمية العقار ، بل إن بعضا منهم لم يغير من أسلوب أو كمية العقار اليومية عبر تاريخه الإدمانى . حقيقة أنهم قلة (٧ حالات من عينة البحث) إلا أنهم يعدون دليلا آخر على الجانب النفسى لعملية الاطاقة .

ومما يؤكد وجود الجانب النفسى للاطاقة ما وجده الباحثون (Teasdale 1973) فى تجاربهم على الفيران من أن تلك الفيران التى تعلمت الإدمان تميل إلى زيادة الجرعة عند تعريضها لبعض الضغوط (من قبيل

* لقد تعرض العديد منهم إلى الإغماء من جراء الجرعات الزائدة، واثنان منهم ظلا فى حالة نوم لمدة ثلاثة أيام متصلة .

الصدمات الكهربائية أو المشاكسات أو المضايقات) . وما تبين من الدراسات المختلفة التى بينت أن الاطاقة للمورفين لدى المرضى الذين يتحتم إعطاؤهم المورفين بصفة علاجية تنمو بمعدل بطىء جدا عن ذلك المعدل الخاص بمدمن المورفين .

وكما يختلف الأفراد فى درجة ومعدل الاطاقة فان قدرة العقار على تكوين الاطاقة أيضاً تختلف من عقار إلى آخر ، فهى أسرع ما تكون بالنسبة للكوكايين الذى يتعذر علاجه حتى الآن ، يلى ذلك المورفينات .

الاطاقة إذن حالة نفسية وفارماكولوجية تنشأ نتيجة تعاطى عقار من العقاقير المنبهة أو المهدئة ويتسبب منها ميل متزايد لزيادة الجرعة المتعاطاة وزيادة فى اللهفة (Craving) للعقار .

(ه) العصابية : —

يعد العصاب اضطرابا انفعاليا ناتجا من حلول غير متسقة للصراعات النفسية اللاشعورية الداخلية . ويتفق معظم المحللين النفسيين مع فرويد (١٩٠٥) فى أن العصاب نتاج للتثبيت على النكوص إلى مرحلة من مراحل الجنسية الطفلية ، وتتحدد درجة المرض بدرجة تبكير التثبيت أو عمق النكوص .

إن الصراعات المسببة للعصاب كما صاغها فرويد فى صورة قوى جنسية شبقية مقابل القوى الخاصة بحفظ الذات. (Self Preservative) ومن الوجهة البنائية فان الصراع العصابى يمكن النظر إليه من خلال كفاح الهو والأنا والأنا الأعلى للإشباع اللاشعورى ، وتظهر الأعراض العصابية عند محاولة الأنا كبت الرغبات الغريزية، إذ يحدث أن يكون الأنا ضعيفا،أو أن هذه القوى ملحة بحيث تحتفظ بطاقاتها الدافعة إلى الشعور . وينتج القلق من هذا التهديد المستمر للرغبات المكبوتة ، كما لو كان إشارة ليحاول

العصابى أن يخفى طاقة الدوافع اللاشعورية فى صورة أعراض عصابية تعمل نوعا من المصالحة فهى ترضى كلا من الرغبات المكبوته والأجهزة الكابتة ، ويحدث تفريغ جزئى لهذه الرغبات المكبوتة فى صورة تنكرية .

والشروط الضرورية لحدوث العصاب تتضمن إحياء الحفزات الغريزية الطفلية (المكبوتة) ، النرجسية الطفلية السابق قمعها ، وضعف دفاعات الأنا أمام القوى الغريزية ، وفشل هذه الدفاعات فى استمرار الكبت بحيث يؤدى ذلك فى نهاية الأمر إلى الكبت الثانوى ، ونمو الأعراض العصابية التى يصاحبه تفريغ للطاقة الغريزية بحيث تعمل هذه الأعراض كدفاعات للأنا من وجود هذه الدفعات فى الشعور ، وبحيث قد يؤدى شدتها إلى تكوين أعراض أو سمات خلقية عصابية .

(Encyclopedia of Psychoanalysis 1968)

هذه الأعراض إذن نوع من المصالحة بين الأجهزة النفسية الثلاثة (الهو — الأنا — الأنا الأعلى) وكذلك بينهم وبين العالم الخارجى .

إن روش وزمبارد و (Ruch and Zimbardo 1971) يطلقان على العصاب فقدان المرح فى الحياة (Loss of Joy in living) فالعصابى يشعر بالتهديد المستمر فى حياته وأنه غير كفوء وقد يصل به الأمر فى النهاية إلى نمط أو أكثر من الأنماط العصابية التى تقلل لديه القلق المهدد المستمر ، فالعصاب يتميز بخمس عمليات أساسية قد توجد كلها أو بعضها لدى العصابى (Coleman) (1972) هى :

١ — أن تنتاب الفرد مشاعر الدونية وعدم الاتساق بحيث تقوده تلك المشاعر إلى تقييم مشاكله اليوميه على أنها مهددة له وإلى زيادة فى إيقاظ مشاعر القلق لديه .

٢ — يتحاشى الفرد العصابى المواقف الضاغطة من خلال مناورات دفاعية أكثر مما يتعامل معها مباشرة .

٣ – يظهر الفرد نقصا مستمرا فى الاستبصار بسلوكه الانهزامى مصحوبا بجمود عقلى ، بحيث يفشل فى إدراك الواقع أو التعامل معه بطرق أخرى.

٤ – يتمركز العصابى حول ذاته وعلى ذلك فانه يجد العديد من الصعوبات والمتاعب فى العلاقات مع الآخرين .

٥ – تتكون لدى العصابى مشاعر الإحساس بالذنب من جراء فشله فى التعامل مباشرة مع مشكلاته مع إحساس دائم بعدم الرضى والتعاسة فى حياته .

وقد يبدو أن هناك تناقضا ظاهريا بين السلوك العصابى وما يسببه لصاحبه من مشكلات ، إذ عادة ما تؤدى أنواع السلوك التى يقوم بها إلى زيادة عدم الرضا والتعاسة ، فما الذى يجعل الفرد العصابى يستمر فى هذا النوع من السلوك .

إننا من العرض السابق نستطيع أن نضع محددين يجعلان العصابى يستمر فى سلوكه وهما :

١ – التخفف السريع من القلق الناتج من النمط العصابى لتحاشى المواقف الضاغطة .

٢ – الإلحاح غير المنسق لقوى التهديد . فمادام العصابى يستجيب بالتحاشى للإمارات المبكرة التى تعنى الاقتراب من الضغوط المخيفة ، فهو يمتنع عن اختبار الموقف بحيث يمكن رؤية مخاوفه وهل هى حقا واقعية أم لا .

ويورد كولمان (Coleman 1972) أنواع العصاب على النحو التالى :

١ – أعصبة القلق .

٢ – أعصبة المخاوف .

٣ – أعصبة الوساوس القهرية .

٤ – الأعصبة الهستيرية والتى تحتوى على نمطين هما :

(أ) نمط التحول .

(ب) النمط غير الترابطي .

٥ ـ أعصبة توهم المرض .

٦ ـ أعصبة النيوراسيثينيا .

٧ ـ أعصبة الاكتئاب .

هذا بالإضافة إلى الأعصبة الوجودية والتي تتصل بالإحساس بالاغتراب وعدم الاكتراث وعدم وجود معنى للحياة ، ولم يذكر تصنيف كولمان ما أوردته (A.P.A.) (*) فى تصنيفها للعصاب التصنيف الخاص بأعصبة تفكك الشخصية (depersonalization neuroses) .

وقد استخدم الباحث اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (الثلاثة مقاييس الأولى وهى : توهم المرض ، الاكتئاب ، الهستيريا) كأداة لقياس الميول العصابية عند عينة البحث . فالمقصود إذن بالعصابية أنها تلك العملية الدائرية التى ينتاب الفرد فيها مشاعر الدونية وعدم الاتساق وتحاشى المواقف الضاغطة والنقص فى الاستبصار والتمركز حول الذات ومشاعر الإحساس بالذنب .

(و) الذهانية (Ruch and Zimbardo 1971)

إذا كان زمباردو وروش قد أطلقا على العصابية فقدان المرح فى الحياة فانهما يطلقان على الذهان فقدان التعامل مع الواقع .

ويقصد الباحث بالذهان أنه اضطراب نفسى شديد فى الفكر والشعور والسلوك بعامة ، إذ يتضمن تحريف الواقع الخارجى إلى حد التشويه فى الإدراك والتقييم . ويصبح تنظيم الشخصية مختلا . والأنا الذهانى منهارا لعدم إمكانه تحمل الصراع مع الواقع المؤلم فينسحب منه وينكص إلى مستويات تثبيت أولية أسبق من الأعصبة . لذلك فان الذهانى فاقد تماما الاستبصار

* American Psychological Association.

بالحالة المرضية ومنكر كلية الواقع ، ويميل إلى خلق عالم الخيالات والهذاءات والهلاوس ليعيش فيه بعيدا عن عالم الاسوياء .

وقد لاحظ فرويد سنة ١٩٢٤ أن هناك أوجه شبه فى الذهان بتلك العمليات الموجودة فى العصاب ، وهذا ما يقول به معظم العاملين فى هذا المجال إلى الآن وهو تداخل الأعراض والأمراض النفسية ، فعادة ما يسبق الذهان فترة متقدمة تسيطر فيها الأعراض العصابية وعند فشلها فى الاتزان يحدث نكوص إلى مستويات أكثر تدهورا وتظهر أعراض الأذهنة (Encyclopedia of Psychoanalysis 1968). ويمكن تحديد العلاقة بين العصاب والذهان فى اتجاهين أساسيين (سامى هنا ١٩٧٤) .

١ — اتجاه المتصل الواحد (Continuum theory)

وهذا يعنى أن العصاب والذهان مظاهر مرضية واحدة ، وأن الاختلاف بينهما هو اختلاف فى الكمية ، بمعنى أنه إذا اشتدت الأعراض العصابية فان المريض يتحول من عصابى إلى ذهانى أى أن هذا المتصل يتدرج من السواء إلى العصابية إلى الذهانية ، كما أن حدوث الذهان معلول ضرورى حتمى لحدوث العصاب .

٢ — اتجاه البعدين المنفصلين (Seperate continua theory)

وهذا يعنى أن لكل من العصاب والذهان مظاهر مرضية مختلفة تماما أى أن الفارق بينهما كيفى نوعى ، فالعصابيون يختلفون كل على حدة عن الذهانيين ، ولكن ليس من الضرورى أن يكون الاختلاف على نفس المتغيرات إذ أن كلا منهما متغير مستقل فى هذا الاتجاه .

وبعض الإرجاعات الذهانية ذات أصل عضوى مثل تلك التى ترتبط بإصابة الدماغ أو لأسباب فسيولوجية مثل أمراض الجهاز العصبى المركزى

وتعاطى الجرعات الزائدة من الغازات أو العقاقير أو الكحول ... إلخ .

والبعض الآخر هو الذهان الوظيفى الذى ينشأ دون وجود أى عيب فسيولوجى معروف فى أنسجة المخ ولكن العيب فى الأداء الوظيفى . وهذا النوع من الذهان يقع فى ثلاثة أنواع من الإرجاعات هى :

١ ــ الإرجاعات البارانوية .
٢ ــ الإرجاعات الوجدانية .
٣ ــ الإرجاعات الفصامية .

وقد استخدم الباحث لقياس الميل للذهانية لدى أفراد العينة اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (المقاييس أرقام ٦ ، ٧ ، ٨ ، ٩ والمعروفة باسم مربع الذهان) وهى مقاييس البارانويا ، السيكاثينيا ، الفصام ، الهوس الخفيف .

(ز) السيكوباثية (صبرى جرجس ١٩٥٧) :

تشير السيكوباثية أو الشخصية المعادية للمجتمع إلى خصائص فى الشخصية وأنماط فى السلوك تؤدى إلى مصاعب خطيرة فى العلاقات الشخصية بين الفرد والآخرين ، وعادة ما تؤدى بصاحبها إلى صراع مع المجتمع . ومن العسير أن نصنف أصحاب هذه الشخصيات كمتخلفين عقليين أو عصابيين أو ذهانيين ، إذ أن خصائصهم الفريدة تدل على نقص فى النمو الاخلاقى والقيمى وعدم القدرة على اتباع أنماط من السلوك تواضع المجتمع عليها . إنهم أساسا لم يطبعوا اجتماعيا وغير قادرين على الولاء الحقيقى للأفراد الآخرين أو الجماعات أو القيم الاجتماعية . إنهم عادة ما يكونون أذكياء ، تلقائيون ، من الممكن حبهم عند التعرف عليهم لأول مرة ويبدو أنهم يعيشون حاضرهم فقط دون اعتبار للماضى أو المستقبل ودون اهتمام بأى حقوق أو واجبات للغير .

ومن الممكن أن تميز الخصائص الخمسة الرئيسة التالية فى النمط السيكوباتى :

١ ـ نمو غير متسق للضمير مع نقص شديد فى القلق أو الإحساس بالذنب .

٢ ـ سلوك اندفاعى غير مسئول .

٣ ـ القدرة على وضع واجهة جيدة (Good front) حتى يستطيع أن يحصل بها على ما يريد وبخاصة فيما يؤذى الآخرين .

٤ ـ عدم القدرة على المداومة فى العلاقات الشخصية .

٥ ـ رفض السلطة وعدم القدرة على الاستفادة من الخبرة .

ويعرض صبرى جرجس إلى العديد من التعريفات للشخصية السيكوباتية مثل تعريف « كان » (Kahn) الذى يرى أنهم أولئك الذين يتميزون بانحرافات كمية فى الدنع والمزاج والأنا والخلق .

وتعريف شنيدر الذى يقول أنها تلك الشخصيات غير السوية التى يعانى أصحابها والمجتمع من عدم سوائها .

وتعاريف أخرى كثيرة مثل تعريف وليم هوايت ، وهندرسون ومافيت ، فورث ، ليفين ... إلخ .

ويأخذ الباحث بتعريف صبرى جرجس للسيكوباتية ومؤداه أنها اضطراب خطير فى الشخصية يمنعها من التكامل ، ويشوه علاقة الفرد بالعالم الخارجى ، ويصدر هذا الاضطراب بخاصة عن قصور فى نمو الأنا والأنا الأعلى يلازم الفرد منذ نشأته أو يظهر فى سن مبكرة لا تتجاوز البلوغ ، فيعجزه عن تمثيل الزمن كخبرة حتمية وعن إدراك جانب المعنى فى الحياة والعلاقات الإنسانية . وتبدو مظاهر هذا القصور فى سلوك لا اجتماعى أو مضاد للمجتمع يتميز بالاندفاع ، وبأولوية القيم القصيرة الأجل ،

وباتباع مبدأ اللذة مما يجعل صاحبه عاجزا عن الإفادة من التجربة ، ومن ثم عن التكيف مع البيئة الاجتماعية ، ولا تجدى معه وسائل العلاج أو وسائل الردع .

وقد استخدم الباحث مقياس الانحراف السيكوباتى من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه لقياس الميل إلى السيكوباتية لدى أفراد العينة .

(ح) الطمأنينة الانفعالية (أحمد عبد العزيز سلامة ١٩٧٣) :

تبين لماسلو عن طريق الابحاث التى أجراها أن لمفهوم الأمن النفسى أو الطمأنينة الانفعالية زملة من الأعراض ، وذلك إذا نظرنا إلى الجانب السلبى من المفهوم أى من زاوية انعدام الشعور بالأمن والطمأنينة النفسية .

ويرى ماسلو أن هناك أبعادا ثلاثة من زملة الأعراض هذه تعد الأساسية والأولية (بحيث تكون بمثابة العلل) وهى :

١ ـ شعور الفرد بأنه غير محبوب وبأنه يعمل بدون مودة أو بأنه مكروه ومحتقر. ويقابل ذلك ـ بالنسبة لمن تتوافر لديه مشاعر الطمأنينة النفسية أو الانفعالية ـ شعور الفرد بتقبل الآخرين له وحبهم إياه وبأنهم ينظرون إليه ويعاملونه فى دفء ومودة .

٢ ـ شعور الفرد بالعزلة والانفراد والتوحد أى مشاعر الوحدانية ، ويقابل ذلك فى الطرف الايجابى الشعور بالانتماء وإحساس الفرد بأن له مكانا فى الجماعة .

٣ ـ الشعور الدائم لدى الفرد بالخطر أو الشعور بالقلق ويقابل ذلك الشعور بالسلامة وندرة الشعور بالخطر والتهديد والقلق .

وينتج عن هذه الأبعاد الثلاثة الأساسية الرئيسية (١١) بعدا ثانويا

بحيث يمكن أن تعد كنتائج مترتبة على الأبعاد الأولى فى نشأة الفرد وتطوره عبر الزمن ، ويرى ماسلو أن السلامة والانتماء والحب عوامل أساسية تقابلها حاجات أساسية عند الفرد يؤدى إشباعها خلال السنوات المبكرة فى حياة الفرد إلى الأمن والطمأنينة النفسية فى مرحلة الرشد . كما أن ما تلقاه هذه الحاجات من إحباط لا يؤدى فقط إلى ظهور الأعراض السابقة ولكن يؤدى بالإضافة إلى ذلك إلى الأعراض الأحد عشر التالية :

١ — إدراك الفرد للعالم والحياة بوصفها خطرا أو بأنها معادية أو متحدية . ويقابل ذلك فى الطرف الايجابى إدراك الفرد للعالم وللحياة بوصفها مكانا سارا دافئا وديا يميل الناس فيه جميعا إلى التآخى .

٢ — إدراك الفرد لغيره من الناس بوصفهم أشرارا أنانيين ينطوون على جانب كبير من العدوان والتحدى ، ويقابل ذلك فى الطرف الايجابى إدراك الفرد للآخرين بوصفهم ودودين أخيارا .

٣ — شعور الفرد إزاء الآخرين بانعدام الثقة أو الحسد والغيرة ويقابل ذلك فى الطرف الإيجابى الثقة بالآخرين وقلة الكراهية والتسامح مع الغير .

٤ — الميل إلى توقع الأسوأ ، ويقابل ذلك فى الطرف الإيجابى الميل إلى توقع حصول الخير أو التفاؤل العام .

٥ — ميل الفرد إلى أن يكون غير سعيد وغير راض ، ويقابل ذلك فى الطرف الإيجابى شعور الفرد بالسعادة والرضا .

٦ — الشعور بالتوتر والإجهاد أو الصراع بالإضافة إلى النتائج المختلفة للتوتر من قبيل الاعياء وسرعة التهيج واضطراب المعدة وغير ذلك من الاضطرابات السيكوسوماتية الأخرى وانعدام الثبات الانفعالى ، ويقابل ذلك الشعور بالهدوء والارتياح والخلو من الصراعات والاستقرار الانفعالى .

٧ — الميل إلى تأمل الذات تأملا قهريا والتحرج الشديد الحاد ونحص الذات بصورة مرضية شاذة ، ويقابل ذلك الميل إلى الانغلاق والتحرر وقدرة الفرد على أن يدور بفكره حول العالم والأشياء والمشاكل بدلا من تركيز فكره حول نفسه أو ذاته .

٨ — الشعور بالإثم والميل إلى الانتحار ، ويقابل ذلك تقبل الذات والتسامح معها .

٩ — الاضطرابات التى تطرأ على مختلف جوانب الشعور المركب بتقدير الذات من قبيل اشتهاء القوة والمكانة والطموح القهرى، والعدوان المبالغ فيه والتعطش إلى المال أو المجد والميل المفرط إلى التنافس أو من قبيل المظاهر المعتادة لذلك مثل الميول المازوخية والاتكالية المفرطة والخنوع الزائد .مشاعر الدونية ومشاعر الضعف والعجز ويقابل كل هذه الأعراض فى الطرف الإيجابى رغبة الفرد فى الكفاءة والاقتدار على المشاكل لا فى الاقتدار والسيطرة على الآخرين والشعور بتقدير الذات شعورا قويا إيجابيا وعلى أساس سليم .

١٠ — التعطش إلى الأمن والسلامة والسعى المتواصل إلى باوغها والاتجاهات، العصابية المختلفة مثل الكف والتزام جانب الدفاع والميول الهروبية والأهداف الزائفة والتشبث بالأهداف الجزئية والميول الذهانية والهذاءات والهلاوس ... إلخ . ويقابل ذلك فى الطرف الآخر الخلو النسبي من الميول العصابية أو الذهانية والمواجهة الواقعية للأمور .

١١ — الميول الفردية الأنانية التى تتصف بالتمركز حول الذات ، ويقابل ذلك فى الطرف الايجابى التمركز حول الجماعة أو المجتمع .

ويرى ماسلو أن هذه الأعراض ، بعد أن تتكون وتنشأ ، يصبح لها استقلال نسبي عن مصادرها ، وإذا بنا نجد الفرد الراشد غير الآمن يظل

كذلك حتى بعد أن تحقق له أسباب السلامة والانتماء والحب ، على حين أن الفرد الآمن يمكنه أن يحتفظ بأمنه فى غمار البيئة المنعزلة النابذة التى قد تنطوى على التهديد والخطر .

ويقصد الباحث بالطمأنينة الانفعالية أنها شعور الفرد بتقبل الآخرين له وحبهم إياه وأنهم يعاملونه فى دفء ومودة ، وشعوره بالانتماء إلى الجماعة وأن له دورا فيها وإحساسه بالسلامة وندرة شعوره بالخطر أو التهديد أو القلق .

الفصـــل الخامــس

الدراسات السابقة

نعرض فى هذا الفصل إلى الدراسات السابقة التى تمت فى مجال إدمان الأفيون العربية منها والأجنبية ، ونظرا لعدم توافر المراجع فى بعض الحالات فان الباحث لجأ إلى الاستعانة بـ

Psychological Abstracts and Psychological Dissertations,

وفى خلال فترة العشرين سنة الأخيرة ، لم نصادف دراسة واحدة عن إدمان الأفيون بالانجليزية . ولكن الدراسات المنشورة كلها عن إدمان المخدرات أو إدمان الافيونيات . ذلك أنه ليس من الشائع فى الحضارة الغربية وبخاصة الولايات المتحدة الأمريكية إدمان الأفيون الخام كما هو الحال فى مصر ، ولكن الشائع هناك هو إدمان المورفين أو إدمان الهيروين ، والأول مشتق طبيعى من الأفيون والثانى مركب معملى .

ونقوم فى هذا الفصل بعرض للدراسات العربية ثم عرض للدراسات الأجنبية .

أولا : الدراسات العربية :

الدراسة العربية الوحيدة فى هذا المجال هى رسالة الدكتوراه التى تقدم بها « سعد زغلول مغربى » (١٩٦٦) تحت عنوان : سيكولوجية تعاطى المخدرات.

وقد أجريت هذه الدراسة على عشرة أفراد من مدمنى الأفيون الذين يدمنون

الأفيون لمدة لا تقل عن خمس سنوات ومجموعة ضابطة مكونة من عشرة أفراد غير مدمنين ، وكانت فروض هذه الدراسة كما يلى :

١ ــ أن إدمان المخدرات وبخاصة الأفيون ــ هو عرض Stymptom ونتيجة لاضطرابات عنيفة فى الشخصية .
٢ ــ أن ظاهرة الإدمان عملية تكيفية وظيفية دينامية .
٣ ــ أن هناك استعدادا تكوينيا معينا يبدأ فى مراحل النمو النفسى المبكر ويؤدى إلى القابلية للإدمان .
٤ ــ أن شخصية المدمن تتسم وتقوم على الخصائص الآتية :
ــ ضعف الذات .
ــ كف العدوان واضطراب التوحد والتعيين الذكرى .
ــ السلبية وانخفاض مستوى الطموح .
ــ التشاؤم وعدم الثقة بالسلطة والنظم الاجتماعية كموضوعات ووسائل إشباع .

وقد استخدم الباحث الأدوات التالية وهى :

(أ) المقابلة الحرة التى أمدته بالتاريخ التطورى للحالة ونوع العلاقات الأسرية وبخاصة فى المراحل المبكرة للطفولة .
(ب) اختبار الرورشاخ .
(ج) « اختبار لمفهوم الذات والآخر » من وضع الباحث .
(د) اختبار مستوى الطموح .
(هـ) اختبار الاحباط المصور لروزنزفيج .
(و) تحليل الاحلام .

وقد أيدت نتائج البحث جميع فروضه وانتهى الباحث إلى أن سيكولوجية المدمن تقوم على محور واحد هو كف العدوان وأن هذا الكف ينسحب على

بقية نواحى الشخصية من ضعف الذات وانخفاض اعتبارها والسلبية وانخفاض مستوى الطموح واضطراب التوحد والتعيين الذكرى والتشاؤم وعدم الثقة بالسلطة والنظم الاجتماعية كموضوعات إشباع .

تعليق :

ومع أن الدراسة السابقة من الدراسات العلمية الجادة التى حاولت أن تتعرف على سيكولوجية مدمن الأفيون والتى استند فيها الباحث بعامة إلى نظرية التحليل النفسى ، إلا أنه يمكن توجيه أوجه النقد التالية لها :

(أ) عينة البحث :

على الرغم مما ذكره الباحث من أن مجال البحث يحدد حجم العينة ، إلا أن العينة :

١ - تعد صغيرة جدا وخاصة أن الدراسة قائمة على المقارنة بين مدمنين وغير مدمنين ، وبالإضافة إلى ذلك فان عملية المزاوجة بين أفراد العينتين لم تكن نقية تماما فقد كانت هناك فروق بين المجموعتين فى بعض عناصر الأوضاع الاجتماعية الاقتصادية .

٢ - يذكر الباحث عادة بعد عرضه للنسب المئوية - فى جداول فقط - أنه توجد أو لا توجد فروق إحصائية دون أية إشارة فى البحث كله إلى أى اختبار احصائى يكون قد استخدمه .

٣ - اعتمد الباحث فى اختياره لأفراد العينة المدمنين العشرة على رجل الاتصال وهو فرد يكون موثوقا به لدى المدمنين فقط دون التأكد بأى وسيلة أخرى من إدمانهم للأفيون .

(ب) الفروض :

على الرغم من أن الدراسة لها طابع المقارنة إلا أن الفروض خلت تماما

عن ذكر أى مقارنة وإنما انصبت تماما على المدمنين فقط . وبالإضافة إلى ذلك فان الفروض الثلاثة الأولى تعد من قبيل القضايا issues العامة فى علم النفس التى يتفرع منها العديد من الفروض والمشكلات . فالقول بأن إدمان المخدرات وبخاصة الأفيون — هو عرض ونتيجة لاضطراب عنيف فى الشخصية .. لا يمكن تسميته فرضا ، وإنما هو فى الحقيقة قضية عامة من الممكن أن تثير العديد من المشكلات والفروض ، فما المقصود باضطراب عنيف فى الشخصية؟ وما هى أوجه الاضطراب التى سنقوم بدراستها ؟ وكيف نقول أن الإدمان نتيجة اضطراب معين ؟ ... إلخ .

وما ينسحب على ذلك الفرض ينسحب على الفرضين الآخرين القائلين « بأن ظاهرة الإدمان عملية تكيفية وظيفية دينامية » ..

« وأن هناك استعدادا تكوينيا معينا يبدأ فى مراحل النمو النفسى المبكر يؤدى إلى القابلية للإدمان » ..

كذلك فان الفرض الثالث قام على أساس أن هذه الاستعدادات تؤدى إلى القابلية للإدمان ، مع أن الدراسة انصبت على أناس مدمنين ولمدة خمس سنوات على الأقل ، كما أن مصطلح القابلية للإدمان أو الاستهداف للإدمان يختلف كثيرا عن مصطلح الإدمان نفسه .

(ج) الإجراء :

تم إجراء الدراسة فى منزل الباحث وإعطاء المفحوص مبلغ خمسة وعشرين قرشا ، وهذا من وجهة نظرنا يقلل من موضوعية البيانات التى نحصل عليها ويعطيها شكلا خاصا إذ قد تكون هذه الظروف بمثابة عامل يشجع المفحوص على محاولة إرضاء الباحث ومسايرته فى الحديث وإعطائه ما يريد هو حفاظا على أن يكون الجو وديا .

كذلك فان الباحث لم يشر على الاطلاق إلى كيفية تسجيل بيانات المقابلة

الحرة وهل اعتمد على الذاكرة أم على التسجيل المباشر يدويا كان أم آليا .
كما أن وجود رجل الاتصال أثناء المقابلة يؤثر فى سير المقابلة والمعلومات التى يقول بها المفحوص .

(د) النتائج :

أيدت النتائج فروض البحث ، وخلص الباحث إلى أن سيكولوجية المدمن تقوم على محور واحد هو كف العدوان . وأن إدمان الأفيون أحد مظاهر هذا الكف ، وأن ذلك مرتبط بتاريخ الشعب المصرى الاجتماعى والحضارى . وإذا أخذنا بذلك فكيف نفسر انتشار إدمان الأفيون وأخطر مشتقاته وهو المورفين فى حضارة غربية وفى دولة مثل الولايات المتحدة الأمريكية التى لا يمكن بالطبع القول بأن أسلوبها الحضارى يعتمد على كف العدوان ؟

كما أن الظاهرات الإنسانية بعامة والظاهرات النفسية بخاصة لا يمكن ردها إلى محور واحد تستند إليه مهما كانت أهمية هذا المحور وإلا كان ذلك نوعا من التبسيط المخل للأمور . إن صفة التشابك وتعدد المحاور هى الأساس فى الظاهرات النفسية وإلا كان السلوك آليا ومتشابها فى مجمله .

كذلك نذكر البحث الذى قام به المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية باسم « بحث تعاطى الحشيش فى الجمهورية العربية المتحدة (١٩٦٤) » والذى كان الهدف الرئيسى منه الكشف عن أكبر عدد ممكن من العلاقات بين التعاطى وبين المتغيرات التى يفترض أنها مؤدية إليه ، وقد استخدمت فى هذا البحث عينة من المتعاطين للحشيش المتطوعين والعينة الأخرى من غير المتعاطين ، وقد صمم استبيان لهذا الغرض يحتوى على العناصر الرئيسية الآتية :

(أ) التعاطى ، أبعاده والعوامل المرتبطة به والدافعة إليه .

(ب) المتعاطى ، سمات شخصيته .
(ج) ظروف التنشئة الاجتماعية للمتعاطى .
(د) الآثار النفسية الاجتماعية المباشرة للمتعاطى .
(هـ) جو التعاطى أو خصائص الموقف المحيط به .

وقد بينت نتائج البحث وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتعاطين وغير المتعاطين .

ثانياً : الدراسات الأجنبية :

نعرض إلى الدراسات الأجنبية حسب المجال الذى اهتمت به ، ذلك أننا وجدنا أنه من الممكن تقسيم الدراسات الأجنبية إلى ما يأتى :

(١) دراسات اهتمت بخصائص الشخصية لدى المدمن .
(٢) دراسات اهتمت بالخصائص الديموجرافية للمدمن .

١ ــ دراسات اهتمت بخصائص الشخصية لدى المدمن :

تبين لاوزوبل (Ausubel 1961) من مراجعة مجموعات من بحوث الإدمان أن الاعتماد الجسمى على المخدرات ليس إلا ذريعة للاستمرار فى الإدمان أكثر منه استمرارا وظيفيا للشخصية غير الناضجة .

وتبين لبول ، سنار (Ball and Snar 1969) أن هناك نمطين من المدمنين : النمط الأول أولئك الذين يعملون فى أعمال غير منتجة أو أعمال إجرامية . والنمط الثانى أولئك الذين يشكل لديهم العقار مركز حياتهم . وكان ذلك نتيجة دراستهم لـ ١٠٨ مدمن فى برتوريكو من مستشفى لكسنبتون وذلك باستخدام المقابلة وتقارير الشرطة والمستشفى ، والتى تبين لهم فيها أن ٦٧ ٪ من المدمنين يستخدمون الهيروين أو كانوا فى السجن فى فترة المتابعة وهى ثلاث سنوات بعد مغادرة المستشفى .

ويؤكد برنارد، رتشى (Bernard and Ritchi 1968) أن المدمن ذو خلق اعتمادى طفلى أساسا وأن صراعاته متبأورة فى المرحلة المبكرة من حياته ودائما ما تكون هذه الصراعات عند مرحلة ما قبل اللغة .

ومن الفحص الاكلينيكى لواحد وعشرين مدمن مخدرات وجد ايستون (Easton 1965) أن هؤلاء المدمنين يعانون من اضطرابات خطيرة فى الشخصية بالإضافة إلى نوبات اكتئابية مع مشاعر الخواء والملل . وتشيع بينهم الانحرافات السيكوباتية مع سلوك نكوصى وعدم كفاية فى التحكم فى الحفزات ، وتعد صورة الأب لديهم قاصرة غير متسقة مع وجود علاقة مرضية بالأم .

وفى مستشفى لكسنجتون اختار ايلينود (Ellinwood 1966) ٣٠ من المدمنات عشوائيا ، تمت مقارنتهن بعينة من المدمنين الذكور باستخدام أسلوب المقابلة ، وقد تبين أن الأم من وجهة نظر المدمنات زائدة الحماية ومنعزلة وتسلطية ، بينما تتصف عند الذكور بالاستكانة ، كما أن الأب من وجهة نظر المدمنات قابل للغواية والاستكانه ، بينما يتصف عند الذكور بأنه غير ودود ويميل إلى استخدام العقاب دائما . وقد شاعت الأعراض العصابية أو الذهانية عند الاناث بينما اتسم الذكور بالانحراف السيكوباتى .

وقد تبين أن المدمنات المسجونات أكثر عدوانية وأقل توافقا من المسجونات غير المدمنات ، وذلك فى الدراسة التى قام بها إيفسون (Eveson 1969) والتى أجراها على ثلاثين مدمنة مسجونة وثلاثين مسجونة فقط فى سجن النساء فى كنجستون اخترن عشوائيا وطبقت عليهن بطارية اختبارات تشمل اختبار الشخصية متعدد الأوجه ، واختبار الرورشاخ ، واختبار بيتا للذكاء المعدل ، وقائمة موذدلى للشخصية واختبار تايلور للقلق ، وقد تم ضبط الذكاء والسن .

وللتحقق من الفرض القائل بأن الاعتماد على عقار معين عادة ما يكون وراءه دافع (Motivated) بحاجات الأنا التى عادة ما تتسق مع الآثار المعينة للعقار فان فشمان (Fischman 1968) قام بمقارنة ٢٥ من ملمنى المنبهات عن طريق المقابلة الاكلينيكية بمدمنى المخدرات وذلك بالنسبة لخصائصهم الشخصية وتاريخ حياتهم . وقد حققت هذه الدراسة الفرض السابق إذ تبين أن الأفراد الذين يتعاملون سلبيا مع الضغوط مع استخدام أسلوب التحاشي يصبحون أكثر اعتمادا على الأفيونيات لأنها تعزز الانسحاب الذين يرومونه ، وعلى العكس من ذلك بالنسبة لمدمنى المنبهات .

ومن الدراسات المثيرة للانتباه ما وجده جندرو (Gendreau 1970) أنه عند ضبط العديد من العوامل مثل الجنس والسن والذكاء والخلفية العامة والتاريخ الإجرامى بين ٥١ مدمن مخدرات ، ٨٢ مسجونا عاديا لم يجد أى فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين على اختبار الشخصية المتعدد الأوجه .

وقد أظهر المدمنون أنماطا سلبية حيال مشكلات التوحد الجنسى وعدم القدرة على إقامة علاقات قوية مع الآخرين وذلك فى الدراسة التى أجراها جيرارد وكورنتسكى (Gerard and Korentsky 1955) على ٣٢ مدمن مخدرات من المراهقين الموجودين بمستشفى لكسنجتون ، ٢٣ مراهقا غير مدمن ، والتى قورنوا فيها على أساس استخدام اختبار الرورشاخ والذكاء ورسم الشخص (Draw a Person . D.A.P.) . كذلك فان أيا من المدمنين لم يشخص على أنه سوى ، بينما شخص ٤٣,٥ ٪ من المجموعة الضابطة على أنهم أسوياء .

وقد قام هيكيميان وجرشون (Hekimian and Gershon 1966) بدراسة لـ ١١٢ ملمن مخدرات وامفيتامينات وحشيش و (ل . س . د) من مرضى مستشفى بلفيو من الوجهة الاجتماعية والدافعية والسيكاتيرية والفارماكولوجية

وقد تبين لها أن مدمنى الهيروين عادة ما يكونون ذوى شخصية سيكوباتية ، وأنهم مضطربون انفعاليا . وأن الرغبة فى الانتشاء تنبع أساسا من الاكتئاب الكامن الذى يعد من وجهة نظرهما السبب الرئيسى فى الإدمان ، كما أن نسبة كبيرة من المدمنين لهم تاريخ عقاقيرى سابق ، أى أنهم أدمنوا العديد من العقاقير قبل العقار الذى دخلوا من أجله للعلاج .

وقد توصل هل (Hill 1969) إلى نتائج مشابهة إذ وجد أن مدمنى المخدرات قد حصلوا على درجات عالية فى مقياس السيكوباتية وذلك فى دراسته على ٢٧٠ مدمن مخدرات موجودين بالمستشفيات التى استخدم فيها اختبار الشخصية المتعدد الأوجه والتى وجد فيها أيضاً أن بروفيلات المراهقين منهم لا تختلف عن بروفيلات البالغين ، كما وجد أن بروفيلات المراهقين المدمنين والجانحين متشابهة .

وقد وجد ادانيان هكيلة ، وسكولار
(Idanpoan Heikkila and Schoolar 1969)
أن مدمنى عقاقير الهلاوس الذين يتحولون إلى إدمان الهيروين يأتون من طبقات اجتماعية عليا غير مستقرة أو من طبقات وسطى دنيا ، وأن اعتمادهم السلبى على العقار يجعلهم ينتقلون إلى الهيروين ليداروا سلبيتهم ، وليكونوا دورا يحقق لهم — خيالا — العدوانية المفرطة ، وهذا يشبه إلى حد كبير المدمن الفصامى الذى يجد الرضا والاشباع من خلال استخدامه لعقاقير الهلوسة والذى يجد الموافقة والتعضيد من خلال عضويته لمدمنى عقاقير الهلاوس . وقد كانت هذه النتائج من دراستهما التتبعية لعدد ٤١ من مدمنا لعقاقير الهلاوس لتحديد من انتقل منهم إلى المخدرات وللدراسة خصائصهم .

وقد أثبتت دراسة جيمس (James 1967) أن معدل الوفاة بين مدمنى الهيروين يساوى ٢٢ فى الألف وأن الحفزات الانتحارية عادة ما تحدث فى خلال فترات الانسحاب .

كما تبين لجونز و لاسكوتز (Jones and Laskowitz 64) عند مقارنتهم لعدد ٢٥ مدمنا ممن ماتوا بالجرعات الزائدة بمجموعة ضابطة مستخدمين فى ذلك اختبار الرورشاخ أن أفراد المجموعة الضابطة لديهم قدرة أكبر على المشاركة الانفعالية للأفراد الموجودين حولهم من أفراد المجموعة التى توفيت عن طريق الجرعات الزائدة .

وفى دراسة طريفة قام بها كون ومرسر (Kohn and Mercer) تبين لها فيها أن أصحاب الاتجاهات السياسية التمردية أكثر تسامحا نحو استخدام العقاقير وبخاصة عقار الماريجوانا من أقرانهم ذوى الاتجاهات التسلطية . وقد استخدم فى هذه الدراسة ١٩٧ طالبا جامعيا طبق عليهم استفتاء يبين اتجاهاتهم نحو العقاقير ويحدد فى نفس الوقت عقائدهم الاجتماعية السياسية .

وعند مقارنة مدمنى الخمور بمدمنى الأفيونيات بين كولب (Kolb 1925) أن مدمنى الأفيونيات يأتون من فئات عصابية أو أنهم ذوو شخصيات ملتوية (twisted) .

ولدراسة الفرض القائل بأن هناك توحدا مع الأم مع وجود اضطرابات جنسية لدى مدمن المخدرات فان كرتزبرج (Kurtezberg 1966) استخدم اختبار رسم الشخص (D.A.P.) لعدد ٥٩ مدمن مخدرات من المسجونين ، و ٦٦ مسجونا من غير المدمنين ، وقد تبين له أن المدمنين يميلون إلى رسم الشخص فى صورة أنثى وبحجم أكبر مما يرسمه غير المدمنين ، وقد كانت هذه النتيجة مؤيدة للفرض السابق .

ويرى لاسكوتز (Laskowitz 1961, 62, 63, 65.) من خبراته فى مجال الإدمان أن المراهق من مدمنى الأفيونيات ذو شخصية انعزالية اجتماعيا ، كما أنه يعانى من مشاعر عنيفة من عدم الاتساق ، والنقص فى الشجاعة ، والرغبة فى الحماية والتدليل ، وعادة ما تكون اتصالاته الاجتماعية قاصرة

على المدمنين من أمثاله ، واتصالاته الجنسية عادة ما يشوبها الاضطراب ، كما أن مجهوداته المبذولة فى مهنته تتصف بالبلادة والخوف من الفشل وعدم القدرة على تأجيل الاشباع العاجل .

وقد قام مونرو وآستن (Monroe and Astin 1961) باعطاء استفتاء لمائة مدمن يتكون من ٣٥٠ فقرة لتحديد درجة التباين بين تصورهم لذواتهم والصورة النمطية للمدمن . وقد تبين لهما أن هؤلاء الذين يعطون لأنفسهم درجات أعلى من الصورة النمطية ينتكسون بسرعة فى استخدام المخدر كما أنهم استخدموا العقاقير لفترة طويلة من الزمن ، ذوو شخصيات سيكوباتية ، غير متوافقين اجتماعيا وأقل استجابية للعلاج من هؤلاء الذين يعطون لأنفسهم درجات أقل من الصورة النمطية . ومن الطريف فى هذه الدراسة أن الدرجات التى حصل عليها هؤلاء الذين حصلوا على درجات عليا تجعل تصورهم هذا يقترب من نمطية هيئة المستشفى الموجودين به للعلاج .

أما دراسة مخيرجى وشرر (Mukhergee and Scherer 1971) فلم تجد فروقا بين من لا يتعاطى عقاقير ومكثرى التعاطى للأفيونيات فى درجة استبصار الذات وأن هذه الفروق وجدت بين متوسطى التعاطى ومكثرى التعاطى فى دراستهما على ٣٦ طالبا جامعيا ، ٣٦ طالبة جامعية .

ويقرر بربل (Preble 1966) أن استخدام الأفيونيات شأنه شأن بقية العقاقير إذ أن ذلك الاستخدام يجعل الفرد يستبدل العديد من المشكلات الصغيرة التى تحيق به بمشكلة واحدة كبيرة .

ويسير بربل فى نفس اتجاه رادو (Rado 1958) الذى يقول أن للمدمن مشكلة وعلى ذلك فانه يتعاطى العقاقير ليتخفف من هذه المشكلة أو المشكلات وتشجعه آثار العقار إلى درجة أنه ينكص إلى مستوى الحصول على الاشباع العاجل دون احتمال تأجيل الاشباع .

وفى دراسة روزنبرج (Rozenberg 1969) لخمسين مدمنا من مدمنى الامفيتامينات والمخدرات وعقاقير الهلوسة تبين له أن شخصية مدمن المخدرات تتسم باضطرابات شخصية خفية مع عدم النضج ، والسلبية فى معالجة القلق ، ووجود انحرافات جنسية ، كما أنهم كانوا ذوى ذكاء متوسط ولديهم درجات عالية فى القلق والعصابية . وبالنسبة لاسرهم فانهم جميعا أتوا من الطبقة العاملة مع تاريخ أسرى لا اجتماعى وقد تمت هذه الدراسة باستخدام المقابلة الاكلينيكية وقائمة ايزنك واستفتاء للقلق ومصفوفة رافن .

وتتسق دراسة راثود (Rathod 1970) مع الدراسة السابقة بالنسبة للوسط الاسرى الذى أتى منه المدمن إذ تبين له أن نسبة كبيرة من المدمنين لهم وضع خاص فى الأسرة كأن يكون الطفل الوحيد من نفس الجنس . كما أنهم أتوا من أسر ليس بها آباء أو بها آباء غير متوافقين (سكيرين — مطلقين منفصلين — مرضى عقليين) .

وتؤكد دراسة شاسر (Schasre 1966) التى أجراها على ٤٠ مدمنا سابقا أن الظروف الاجتماعية تلعب دورا هاما فى تحديد ما إذا كان المدمن السابق يستمر فى الامتناع أم يعود إلى العقار ، بالإضافة إلى أن المدمنين السابقين عادة ما يكونون أكثر ثقة فى أنفسهم من المدمنين .

وتبين دراسة توردا (Torda 1964) أن مدمنى الهيروين نتاج لأسر تمثل الأم فيها السلطة فى المنزل ، كما أنها ذات شخصية معاقبة سواء على النشاط أم التعبير الذاتى وتأكيد الذات ، وذلك عن طريق إنكار الحاجة للانجاز ، وعدم الموافقة الظاهر لاحتياجات الأبناء ، كما أن فكرة المدمن عن نفسه أنه مجرد إنسان حقير متعب لا حاجة إليه . وقد توصل إلى هذه النتائج عن طريق دراسته لعدد ٣٠ مدمن هيروين ، وثلاثين آخرين فى فترة الامتناع ، وقد طبق عليهم اختبارات البيولوجية ، العلاقة بين الطفل والأم ،

واختبار التقييم لروث ، اختبار اليأس للتوافق الأسرى . وقد انتهى إلى أن الهيروين – عن طريق حجب المثيرات الشعورية الواردة – يخلق مشاعر أن كل الحاجات قد قضيت وأن لا حاجة له بكل موضوعات البيئة المحيطة .

ويرى فاليانت (Valliant 1966) أن المدمنين الذين نجحوا فى الاستمرار فى الامتناع عن المخدرات قد تعدل لديهم النمط الدفاعى للشخصية مع عدم ظهور أعراض مرضية أخرى وذلك فى دراسته لعدد ٣٠ مدمن مخدرات استمر امتناعهم عن العقاقير ١٢ سنة مستمرة . ويرى فاليانت أن من بين العوامل الخارجية المشجعة على الامتناع الإشراف الاجتماعى القهرى ، واكتشاف بدائل للمخدرات . والإشباع الناتج عن علاقات بموضوعات خارج نطاق الأسرة .

وقد بينت دراسة ويش (Weech 1966) التى استخدم فيها أسلوب جلسات العلاج وذلك فى مستشفى لكسنجتون أن المدمنين يفضلون الشارع على المنزل على الرغم من مداومتهم على رابطة اعتمادية قوية ببعض أفراد الأسرة ، كما أنهم ينكرون الاكتئاب عن طريق ظهورهم بمظهر المنشغل دائما (Keeping busy) على الرغم من أنهم عادة ما يكونون كما مهملا فى الطريق .

وقد انتهى وكلر (Wikler 1952) فى تجربته لإعادة الإدمان لأحد مدمنى المورفين فى مستشفى لكسنجتون ثم سحبه منه لأغراض البحث ، انتهى – معتمدا على أساس التحليل النفسى لأحلامه – إلى أن الإدمان يرضى الحاجات الأولية ولا يرضى الحاجات الثانوية .

كذلك فان وكلر (Wikler 1954) فى دراسة أخرى يبين أن الآثار الكهربائية والاكلينيكية للمخدرات لا تتحدد بامكانياتها الكيماوية . ولكن بعوامل أخرى غير محددة ، إذ أن شخصية الفرد وخبراته السابقة والمعنى الموقفى للتعاطى وما يتوقعه من العقار يؤثر على ما يحدثه العقار من آثار لديه .

وفى دراسة ونك (Winick 1961) على مجموعة عددها ٩٨ من الأطباء المدمنين تبين له أن العمل الزائد ، والآلام الفسيولوجية ، ومفهوم الذات ، والزوجات ، ومستوى الطموح ، ومشاعر الانتشاء والاكتئاب ، وتعاطى الخمور ، والأرق ، والسن ، من العوامل المرتبطة بالإدمان لديهم . كما وجد أنهم أقل التزاما بالقانون من مدمنى الشارع .

أما دراسة وينك ونيسواندر (Winick and Nyswander 1961) على ١٥ من الموسيقيين المدمنين فقد بينت أنهم إذا قورنوا بالمدمنين العاديين يكونون أكثر نجاحا فى مهنهم ، وأن لهم مكانة أسرية ، ولهم اهتمامات جنسية غيرية ولديهم صورة أب قوية نسبيا ، وقد فسر إدمانهم على أساس العدائية والإحساس بالضغوط .

وقد كانت نتائج مقارنة مجموعة من المدمنين ، ومجموعة من غير المدمنين ومجموعة مراهقين من متعددى التعاطى على اختبار الشخصية المتعدد الأوجه أن توصل هلر وموردكوف (Heller and Mordkaff 1972) إلى وجود نمطين من المدمنين : الأول هو النمط المرتبط بالهيروين وهو نمط سيكوباتى مع وجود دلائل قلق وعدم أمن انفعالى واكتئاب ، والنمط الآخر هو نمط متعددى العقاقير وهم شخصيات لها ميول لا اجتماعية مع وجود أمارات من القلق والاكتئاب .

وتتسق هذه النتائج مع ما وجده ولا وفايلاند (Sola and Wieland 1974.) عند تطبيقهما لاختبار الشخصية المتعدد الأوجه ومقياس زونج لتقدير الاكتئاب على ١٩٦ مدمنا ممن يستخدمون الميثادون كعلاج ، من أن الاكتئاب يشيع بين هؤلاء المدمنين على الرغم من انتظامهم فى برنامج للعلاج . كما بينت قائمة بك (Beck) للاكتئاب أن قابليتهم للاستثارة هى السبب فى اضطرابات الشهية والوزن والنوم وقد انتهى الباحثان إلى أن مدمنى

الأفيونيات يجدون فى العلاج ببرامج الميثادون استمرارا لممارستهم للنشوة السلبية .

ولم تبين دراسة سوتكر «Sutker 1974.» وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مدمنى الهيروين المتطوعين للعلاج وأولئك الذين أرغموا على العلاج وذلك فى اختبار الشخصية متعدد الأوجه .

وقد بينت دراسة جوسوب (Gossop et. al 1974) وآخرين التى قامت على تحليل التاريخ النفسى للمدمنين أن مدة تعاطى العقار لم ترتبط بدرجة الخلل الوظيفى الجنسى ، أما من يستخدمون الحقن فقد كانوا أكثر انخفاضا فى النشاط الجنسى من متعاطى الحبوب الذكور ، كذلك كانت المدمنات عموما أكثر انخفاضا فى نشاطهن الجنسى من المدمنين .

وقد نبهت دراسة جاكسون ورتشمان (Jackson and Richman 1972) الأذهان إلى أن ٥٣ ٪ من مدمنى الهيروين موضع دراستهم يعدون متعددى الإدمان ،أى يستخدمون أكثر من عقار وأن ذلك يخلق مشكلة متزايدة يجب اعتبارها عند إعادة تأهيلهم ، ذلك أنهم قاموا بدراسة ٤٧١ مدمن هيروين ليتعرفوا على درجة إدمانهم للكحول ، وتضمنت معدل الاستخدام اليومى للكحول والعوامل الديموجرافية ومدة إدمان الهيروين ومرات الدخول السابقة للاستشفاء ، وقد تبين لهم بالإضافة للنتيجة السابقة أن إدمان الكحول يرتبط ارتباطا شديدا بزيادة مدة إدمان الهيروين .

وفى دراسة آرنون وكلينمان و كسن (Arnon, Kleinman and Kissa 1974) للتعرف على درجة لاعتماد المجالى* لدى المدمنين فانهم قاموا بتطبيق

(١) الاعتماد المجالى كما يحدده وتكن Witken 1954 هو ميل الفرد إلى الاتصاف بالتعامل السلبى مع البيئة ، وعدم الألفة والرعب من نزعاته الشخصية مع عدم القدرة على ضبط هذه النزعات ، كما يتصف بالنقص فى احترام ذاته وإدراكه لها بصورة أولية غير متميزة . (فاروق عبد السلام – ١٩٧٣) .

اختبار للاعتماد المجالى هـــو Portable rod and frame test على ٣٠ مدمنا ، ٣١ مدمنة مخدرات . وعند مقارنة نتائجهم بالأسوياء تبين أن المدمنين أكثر فى اعتمادهم المجالى من الأسوياء ، كذلك تبين أن المدمنات أكثر اعتمادا مجاليا من المدمنين الذين اقتربوا من الأسوياء ، وقد انتهى هؤلاء الباحثون إلى القول بأن المدمنين ينتمون إلى مجتمع غير متجانس .

وقد بينت دراسة كولب وجندرسون ونيل «Kolb, D, Gundrson F. and Nail, R. 1947,» التى استخدموا فيها استبيانالقياس التاريخ الشخصى وتاريخ استخدام المخدرات لعدد ٩٠٣ من المسجلين فى مركز التأهيل لمدمنى المخدرات فى البحرية الأمريكية والتى قسموا فيها المدمنين إلى أربعة مستويات إدمانية ، هى المستوى الضئيل والأقل من المتوسط . والأكثر من المتوسط والثقيل . بينت أن أصحاب المستوى الثقيل من الإدمان كانت تربطهم قبل الخدمة علاقات أسرية مضطربة ، وعلاقات سلبية مع الآباء وترك المنزل فى سن مبكرة ، كذلك كان سلركهم لا اجتماعياً ، وغير متوافقين فى المدرسة ، كما أظهروا تاريخا حافلا بعدم المسئولية . كما أنهم تعرضوا للعلاج السيكاتيرى والسيكولوجى أكثر من مرة . كما تبين لهؤلاء الباحثين عدم وجود علاقة بين مستوى الإدمان والمشكلات الصحية .

٢ – دراسات اهتمت بالخصائص الديمجرافية للمدمنين :

بين ابرامز وآخرين (Abrams et al 1968) من واقع سجلات السجون لخمسمائة زنجى مدمن من شيكاغو أن متوسط السن يتراوح ما بين ١٠ ، ٢٥ سنة وأنهم قضوا ١٥ ٪ من حياتهم فى السجن وأنهم يحيون ما يسمى دورة الإدمان ، والقبض عليهم ، إعادة الإدمان . كما تبين أن معظمهم من الجيل الثانى غير الراضى من سكان المناطق المتخلفة .

كما بينت دراسة بول Ball 1965 أن مدمنى الهيروين يتكونون من

جماعتين ، الأولى هم شباب المدن المنتمين إلى جماعات الأقلية ، والثانية متوسطى السن البيض الذين يتركزون فى الولايات الجنوبية . كما أنه عند مقارنة متوسط سن المدمنين الموجودين بالمستشفيات سنة ١٩٦٢ بنظرائهم سنة ١٩٣٧ تبين أن متوسط سنهم أصغر ثمانى سنوات وأن أكثرهم من جماعات الأقلية .

وأكدت هذه الدراسة التى قام بها بول وكوتريل (Ball and Cotrall 1969) الدراسة السابقة إذ أنهما تبينا أن المدمنين المرضى سنة ١٩٦٧ أصغر سنا من نظرائهم سنة ١٩٦٣ وأنهم عادة ما يأتون من المدن الكبرى وأن معظمهم من غير البيض .

كذلك قام سميث وآخرين (Smith et al 1966) بمقارنة بيانات ١٠٠ مدمن مخدرات دخلوا مصحة لكسنجتون فى الفترة من ٦٤ — ١٩٦٦ ببيانات مجموعة مشابهة لهم فى منتصف الثلاثينيات ، وقد وجد أن المجموعتين متشابهتان فى استخدام العقار والوظيفة الاجتماعية ، وقد فسر ذلك على أن الإدمان ليس لا طريقا ثابتا فى حياة المدمن .

تعليق :

تناولنا فيما سبق أهم الدراسات الأجنبية وبخاصة تلك التى نشرت باللغة الإنجليزية ، وقد راعينا فى اختيارها أن تكون ذات صلة بموضوع البحث قدر الإمكان ، وأن تكون قد أجريت على أفراد وليس على حيوانات ، وأن تكون قد قامت على أساس من المنهج العلمى وأن يكون لها أدوات مقننة للدراسة وألا تكون مجرد مناقشات فلسفية أو عامة للإدمان . كذلك فاننا لم نكرر ذكر تلك الدراسات التى أوردناها فى الفصول السابقة والتى أوردت لتأكيد بعض المسائل النظرية .

ونذكر أن « تيسديل » (Teasdale 1973) قد عرض للعديد من

الابحاث المتعلقة بالإدمان سواء تلك التى استخدمت فيها الحيوانات أو تلك التى استخدمت فيها الأفراد ، وذلك من وجهة عمليات التعلم والتعزيز والتدعيم ... إلخ . وقد كانت النتائج المتعلقة بالحيوانات أكثر وضوحا وأقل تناقضا من تلك التى أوردها عن الإنسان . وقد ركز تيسديل على على العديد من الأسئلة العامة التى تصدت هذه البحوث للإجابة عنها وهى :

١ – هل التعزيز الناتج عن الحقن الذاتى للعقاقير تعزيز ايجابى ؟
٢ – ما هى طبيعة التعزيز الذى تحققه العقاقير ؟
٣ – هل هناك فروق فردية تجعل الفرد أكثر تعرضا للإدمان من غيره ؟
٤ – ما هى العوامل المؤثرة فى الحقن الذاتى للكائن الحى المدمن فعلا ؟
٥ – هل التدعيم الناتج عن العقاقير يمكن أن يؤدى إلى تدعيم ثانوى ؟
٦ – هل من الممكن لأعراض الانسحاب الناتجة عن الامتناع عن الأفيونيات أن ترتبط شرطيا ببعض المثيرات الخارجية ؟
٧ – ما العوامل المحددة فى رجوع المدمن إلى الإدمان بعد فترة انقطاع ؟

ولم نشأ أن نوردها تفصيلا على الرغم من أهميتها وطرافتها العلمية ، وذلك لبعد مجالها النسبى عن موضوع البحث ، وإن كان قد ورد ذكر بعضها فى الفصول السابقة من هذا البحث .

الدراسات التى تم عرضها إذن تركز على خصائص الشخصية ، وقد استخدم فيها مفحوصون من نوعيات مختلفة ، بعضهم من المدمنين الموجودين فى مصحات للعلاج والبعض الآخر من المدمنين الموجودين بالسجون ، كذلك شملت هذه الدراسات أيضاً بعض المدمنين الذين انقطعوا عن الإدمان فترات طويلة أو قصيرة .

كذلك إذا نظرنا إلى المناهج المستخدمة نجد أن بعض هذه الدراسات قد اعتمد على الإحصاءات والتقارير المختلفة من تقارير المستشفيات والسجون

والبعض الآخر استخدم أسلوب المقابلات الاكلينيكية أو جلسات العلاج ، كما أن هناك من استخدم الاختبارات الموضوعية المختلفة ، ومما يلفت النظر أنه على الرغم من استخدام العديد من الاختبارات إلا أن هناك تكرارا أكبر لاستخدام اختبار الشخصية المتعدد الأوجه . أما بالنسبة للمنهج التجريبى فلم يحدث إلا فى دراسة واحدة قام فيها وكلر باعادة الإدمان لأحد مدمنى الهيروين والتى فسر فيها نتائجه على أساس التحليل النفسى للاحلام .

كذلك فاذا نظرنا إلى أعمار المدمنين الذين تمت دراستهم لوجدنا أنهم ينتمون إلى فئات عمرية مختلفة اعتبارا من المراهقة إلى الرشد .

وتؤكد النتائج المتعلقة بهذه البحوث وجود اضطرابات خطيرة فى شخصية مدمن المخدرات تتصف بالخلق الطفلى الاعتمادى والسيكوباتية ، والسلبية فى التعامل مع القلق ، وعدم اتساق الأنا ، والتوحد المرضى مع الأم ، والانعزالية ، والاحساس الدائم بمشاعر الخواء والملل ، وعدم النضج والقصور ، والميل إلى الاشباع العاجل ... إلخ .

والمتتبع لنتائج هذه البحوث تجد أنها تنحو منحيين أساسيين ، المنحى الأول هو التفسير النفسى الداخلى الذى يؤكد أهمية الحاجات الأولية والنكوص والتوحد مع الأم ، والمنحى الآخر هو التفسير الوصفى الخارجى للسلوك كالقول بالعدوانية والانعزالية والانحراف السيكوباتى وما إلى ذلك .

ولم نصادف دراسة واحدة تقدم تفسيرا متكاملا لإدمان المخدرات .

وقد أفدنا كثيرا من هذه الدراسات التى ساعدت فى اختيار مشكلة البحث وتحديدها ، وذلك على النحو التالي :

١ — تنصب هذه الدراسات أساسا على دراسة مدمن الهيروين أو مدمن المورفين وذلك لأنه من غير المألوف فى الحضارة الغربية تعاطى الأفيون الخام ولعل ذلك راجع إلى رفض حضارى من قبل الأمريكيين الغربيين

لتعاطيه بهذه الصورة ، وذلك لأن هذه الطريقة من التعاطى – أغنى تعاطى الأفيون الخام – كانت شائعة بين العمال الصينيين المهاجرين إلى الولايات المتحدة الذين كان ينظر إليهم على أنهم متخلفون حضاريا .

وعلى ذلك فاننا لم نصادف دراسة واحدة عن تعاطى الأفيون الخام فى الدراسات الأجنبية .

٢ – لم نصادف دراسة واحدة تناولت العوامل النفسية الاجتماعية المتصلة بالإدمان (Psyco-social factors that go with addiction) من قبيل المتغيرات الاجتماعية الأساسية (السن – الحالة الاجتماعية – عدد الأولاد – معدل التزاحم – الدخل ... إلخ) ، التاريخ المهنى ، التاريخ المرضى ، التاريخ الإدمانى ، وديناميات الإدمان ، وفكرة المدمن عن نفسه وعن غيره . ذلك أن الدراسات التى اهتمت بهذه العوامل لم تهتم إلا بعامل واحد منها دون بقية العوامل .

٣ – لما كان الإدمان أرضا مشتركة حدية بين العديد من العلوم ، ولما كان علم النفس هو أحد هذه الأراضى ، ولما كان هناك أكثر من وجهة نظر تفسيرية فى علم النفس لتفسير ظاهرة الإدمان . فاننا قد وجدنا أن جميع الدراسات التى صادفتنا عادة ما تأخذ بوجهة نظر نفسية واحدة تقوم أساسا عليها دون اعتبار لبقية وجهات النظر ، فبعض الدراسات يقوم فى جوهره على منهج إكلينيكى يعتمد فى معظم الأحوال على تفسيرات التحليل النفسى ، والبعض الآخر يعتمد على المنهج الموضوعى معتمدا فى التفسير على بعض التخمينات المنطقية .

وذلك مما دعانا إلى أن نستخدم أكثر من منهج لدراسة هذه الظاهرة ، وليس المقصود باستخدام أكثر من منهج هنا أن تستخدم العديد من المناهج لخدمة تفسير معين كما يحدث فى بعض الدراسات وإنما المقصود به هو إلقاء

المزيد من الضوء على هذه الظاهرة ، وحتى يتسع نطاق الرؤية ، وحتى يكون هناك رؤية سيكولوجية متكاملة .

٤ ـ لم نجد فيما صادفنا من دراسات أى دراسة قامت على دراسة التغيرات النفسية التى تصاحب التحرر الفسيولوجى من العقار وتلك التى تحدث فى نهاية فترة علاجية . وقد يكون السبب فى ذلك أن كل برامج العلاج فى الخارج تعتمد على إعطاء مضادات أفيونية فى فترة الانسحاب تقلل إن لم تكن تمنع أعراض الانسحاب ، وحتى تلك البرامج التى ترفع شعار « لا كيماويات » فإنها تشترط على من تقبله للعلاج أن يكون قد مضى عليه فترة أسبوع من عدم التعاطى للعقار .

٥ ـ تركزت معظم الدراسات الأجنبية على المدمنين المراهقين حيث إن أعدادهم فى اطراد مستمر سواء فى انجلترا أو أمريكا ، ولم تتعرض دراسات كثيرة للمدمنين المزمنين ذوى التاريخ الإدمانى الطويل . وحتى فى حالة التعرض لدراساتهم فلم توجد أية دراسة عنهم وعن العوامل النفسية الاجتماعية المتصلة بادمانهم .

كان ما سبق عرضاً للدراسات العربية والأجنبية وتعليقا عنها وبيان ما أفدناه منها فى اختيار المشكلة وتحديدها وتحديدا لفروضه .

ونعرض فى الفصل التالى إلى لتصميم البحث وخطته بادئين بعينة البحث ثم أدواته ثم الإجراء .

الفصل السادس

تصميم البحث

أولا : عينة البحث .

ثانياً : أدوات البحث :

(أ) أسباب اختيار أدوات البحث .

(ب) وصف الأدوات .

(ج) طريقة تصحيح الأدوات .

(د) ثبات وصدق الأدوات .

ثالثاً : الإجراء .

الدراسة المبدئية

إجراءات البحث الحالى .

أولا : عينة البحث : ـ

تتكون عينة البحث من جميع مدمنى الأفيون الذين تقدموا طواعية للعلاج الداخلى بمصحة الأمراض النفسية بالخانكة فى الفترة من ١ - ٩ - ٧٤ إلى ٣١ - ٣ - ١٩٧٥ أى مدة ستة شهور ، ويمكن النظر إلى العينة على أنها حصر شامل لمن تقدم فى هذه الفترة ، وبذلك يسقط عنها مصطلح العينة . ولكنها من زاوية أخرى تعد عينة إذا أخذنا فى الاعتبار أنها عينة لقطاع زمنى قدره ستة شهور أى هؤلاء الذين تقدموا إلى المصحة للعلاج خلال فترة البحث ، وتعد العينة على هذا الأساس عشوائية .

وقد بلغ مجموع مدمنى الأفيون الذين دخلوا المصحة فى هذه الفترة ٦١ فردا استبعد منهم الآتى :

(أ) أربع حالات هربت من المصحة قبل انتهاء مدة العلاج .
(ب) حالتان أعيد تشخيصهما على أنهما جنون شيخوخة .
(ج) حالتان أعيد تشخيصهما على أنهما فصام .
(د) حالة واحدة نقلت من المصحة لمرضها بسل الرئة .

وتمت دراسة بقية الحالات تبعا للإجراء الذى اتبعناه وعددهم ٤٢حالة. وفيما يلى نعرض للخصائص الاجتماعية لأفراد هذه العينة ولتاريخهم المهنى والمرضى ولتاريخهم الإدمانى .

(أ) الخصائص الاجتماعية والشخصية لأفراد العينة : ـ

١ ـ العمر الزمنى : يبلغ متوسط العمر الزمنى (٤٦,٥) بانحراف معيارى قدره (٦,٦٨) كما يبلغ المدى المطلق ٢٧ سنة (٣٠ ـ ٥٧) .

٢ ـ الحالة الاجتماعية : يشكل المتزوجون أكبر نسبة إذ تبلغ ٨٦ ٪ من أفراد العينة ، ويتساوى غير المتزوجين مع المطلقين فتبلغ نسبة كل منهما ٧ ٪ .

٣ــ السن عند أول زواج : يبلغ متوسط السن عند أول زواج (٢٦) بانحراف معيارى قدره (٧,٣٣) ، كما يبلغ المدى المطلق ٣٠ سنة (١٦ ــ ٤٦)

٤ ــ عدد مرات الزواج : يشكل من تزوجوا مرة واحدة النسبة الكبيرة إذ تبلغ نسبتهم (٧٤ ٪) أما من تزوجوا مرتين فتبلغ نسبتهم (١٧ ٪) ومن تزوجوا ثلاث مرات فتبلغ نسبتهم (٢ ٪) .

٥ ــ سن الزوجة عند الزواج : يبلغ متوسط سن الزوجة الأولى عند الزواج (٢٤,٣) بانحراف معيارى قدره (٧,٢٩) كما يبلغ المدى المطلق ٣٣ سنة (١٥ ــ ٤٨)

ويبلغ متوسط سن الزوجة الثانية عند الزواج (٢٦,٩) بانحراف معيارى قدره (٦,٥٥) كما يبلغ المدى المطلق ٢٤ سنة (١٨ ــ ٤٢) .

أما الزوجة الثالثة فهى حالة واحدة بلغ سنها عند الزواج ٧٢ سنة وكان سن الزوج ٤٥ سنة .

٦ ــ مهنة الزوجة : جميع الزوجات لا يعملن عدا اثنتين تعملان دلالات « بائعات أقمشة بالمنازل » .

٧ ــ مدة المعاشرة الزوجية : يبلغ متوسط مدة المعاشرة الزوجية للزوجة الأولى (١٩,٥) بانحراف معيارى قدره (٩,١٤) كما يبلغ المدى المطلق ٣٣ سنة (٣ ــ ٣٦) ويبلغ متوسط مدة المعاشرة الزوجية للزوجة الثانية (١٤,٧) بانحراف معيارى قدره (٨,٤٩) كما يبلغ المدى المطلق ١٨ سنة (٣ ــ ٢١) أما الزوجة الثالثة فتبلغ مدة المعاشرة الزواجية لها ٢,٥ سنة .

٨ ــ عدد الأولاد : يبلغ متوسط عدد الأولاد من الزوجة الأولى

٦ أولاد بانحراف معيارى قدره (٣,٠٥) ويبلغ المدى المطلق ١٢ (٠ — ١٢) إذ توجد ثلاث حالات لم تنجب .

ويبلغ متوسط عدد الأولاد من الزوجة الثانية ٤ أولاد بانحراف معيارى قدره (٢) ، ويبلغ المدى المطلق ٦ (٠ — ٦) إذ توجد حالة لم تنجب . أما الزوجة الثالثة فلم تنجب .

وجدير بالذكر أن نسبة الحالات التى تم فيها طلاق فى العينة من الزوجة الأولى تبلغ (٢٩ ٪) وتبلغ نسبة الطلاق للزوجة الثانية (٤٠ ٪) .

٩ — عدد الإخوة : يوضح الجدول رقم (٤) توزيع الحالات حسب عدد الإخوة الذكور والإناث .

جدول رقم (٤)
يبين توزيع الحالات حسب عدد الإخوة الذكور والإناث

الإخوة الذكور / الأخوات الإناث	صفر	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	المجموع
صفر	—	—	١	١	١	٠	٠	٠	٠	٣
١	٢	٢	١	١	٠	١	١	٠	٠	٨
٢	١	٣	١	١	١	٠	١	٠	٠	٨
٣	٢	١	٣	٢	٣	٠	٠	٠	٠	١١
٤	٠	١	١	٢	٠	٠	٠	٠	٠	٤
٥	٠	٢	٠	٠	٢	٠	٠	٠	٠	٤
٦	٠	٠	٢	٠	٠	١	٠	٠	٠	٣
٧	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	—
٨	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	٠	١
المجموع	٥	٩	٩	٧	٨	٢	٢	٠	٠	٤٢

ويتبين من الجدول أن متوسط عدد الإخوة الذكور هو (٣) ومتوسط عدد الأخوات الإناث هو (٢) ، كما أن المتأمل للجدول يجد أن معظم

أفراد العينة ينتمون إلى أسر كبيرة الحجم ، وذلك حيث إن الحالات تتركز فى الفئات ٣ ذكور مع (٢ و ٣ و ٤) إناث .

١٠ — الترتيب الميلادى : تبلغ نسبة المدمنين الذين يكون ترتيبهم الأول بين إخوتهم (٣١ ٪) وتبلغ نسبة من ترتيبهم الثانى (٤٣ ٪) أما بقية المدمنين فيتراوح ترتيبهم ما بين الثالث والتاسع .

١١ — الحالة التعليمية : بلغت نسبة الأمية فى العينة (١٧ ٪) ونسبة من يقرأون ويكتبون فقط ٣٦ ٪ ، ونسبة الحاصلين على شهادات متوسطة (إبتدائية — إعدادية — ثانوية عامة — دبلوم تجارة ... إلخ) (٤٠ ٪) ونسبة الحاصلين على شهادات عالية (من خريجى الجامعات) (٧ ٪) .

١٢ — الدخل الشهرى : بلغ متوسط الدخل الشهرى (٣٧,٧) بانحراف معيارى قدره (١٢,٣٧) ، كما بلغ المدى المطلق ٧٠ جنيها (١٠ — ٨٠) .

١٣ — عدد من تعولهم الحالة : يبلغ متوسط عدد من تعولهم الحالة من أفراد العينة (٤,٤) فردا بانحراف معيارى قدره (٥,٠٨) ، كما يبلغ المدى المطلق ١١ (صفر — ١١) .

١٤ — عدد الحجرات بالمسكن : يبلغ متوسط عدد الحجرات بالمسكن (٢,٧) حجرة بانحراف معيارى قدره (١,٣٣) ، ويبلغ المدى المطلق ٥ (١ — ٦) . أى أن معدل التزاحم يساوى (٠.٥) وهو معدل ضئيل نسبياً .

١٥ — محل السكن : ينتمى معظم أفراد العينة إلى محافظة القاهرة والجيزة ، إذ تبلغ نسبتهم (٨٦ ٪) وأما الباقون فينتمون إلى محافظات أخرى هى الاسكندرية والشرقية والدقهلية والبحيرة وسوهاج . وبالنسبة لأفراد العينة من محافظة القاهرة ، فإننا لم نجد أن محل السكن متحيز لأى قسم

من الأقسام ، إذ وجد أنهم ينتمون تقريباً إلى جميع أقسام القاهرة باستثناء قسم قصر النيل ومصر الجديدة والنزهة فقط ؛

١٦ — الديانة : بلغ عدد المسيحيين ثلاثة أفراد بنسبة ٧ ٪ ، والباقى من المسلمين .

(ب) التاريخ المهنى : —

١ — عدد المهن التى تمت مزاولتها : ذكر (٥٢ ٪) من أفراد العينة أنهم لم يمارسوا غير مهنة واحدة ، وذكر (٣٦ ٪) منهم أنهم مارسوا مهنتين ، بينما ذكر الباق ونسبتهم (١٢ ٪) أنهم زاولوا أكثر من مهنتين .

وقد ذكر أولئك الذين مارسوا أكثر من مهنة العديد من الأسباب التى دعتهم لتغيير مهنتهم ، نذكر أكثرها تكرارا وهى :

(أ) الميراث .
(ب) التعيين بالحكومة .
(ج) كثرة مكسب المهنة الجديدة .
(د) الإصابة .
(هـ) كثرة المشاكل مع زملاء العمل .
(و) عدم وجود مستقبل .

٢ — مدة مزاولة المهنة : بلغ متوسط المهنة الأولى (٢٣,٣) سنة بانحراف معيارى قدره (١١,٣٧) ، وقد بلغ المدى المطلق ٣٥ سنة (٥ — ٤٠) .

وقد بلغ متوسط المهنة الثانية (١٦,٣) سنة بانحراف معيارى قدره (١٣,٥٤) ، وقد بلغ المدى المطلق ٣٥ سنة (٥ — ٤٠) .

أما المهنة الثالثة فقد بلغ متوسطها (١٥,٥) سنة بانحراف معيارى قدره (١٣,٣٢) ، وقد بلغ المدى المطلق ٢٥ سنة (٥ — ٣٠) .

أما المهنة الرابعة فهى لحالة واحدة وبلغت مدتها سنة وربع السنة .

٣ – أنواع المهن التى تمارسها عينة البحث «المهنة الحالية» .

جدول رقم (٥)

يبين توزيع أفراد العينة على المهن المختلفة

المهنة	التكرار	المهنة	التكرار	المهنة	التكرار
مدرس	٣	دباغ	٢	بناء	١
موظف	٥	ترزى بلدى	١	ساعى	٢
حلوانى	١	عامل نسيج	١	خفير	١
بائع متجول	١	سمكرى سيارات	١		
مزارع	٥	جزار	٢		
خراط ميكانيكى	٢	ترزى	١		
حداد	١	سماك	١		
طرابيشى	١	مطبعجى	١		
لحام	١	تمورجى	١		
قهوجى	٢	وكيل محامى	١		
تاجر	٢	براد	٢		

يتبين من الجدول السابق أن أفراد العينة ينتمون إلى مهن وأعمال مختلفة ، فمنهم ذوو الأعمال الفنية ومنهم ذوو الأعمال غير الفنية ، ومنهم من يتطلب عمله مستوى تعليميا عاليا ، ومنهم من لا يتطلب عمله ذلك . وهذا الانتماء المهنى يختلف مع ما يفترضه البعض من أن ظاهرة الإدمان قاصرة على ذوى الأعمال اليدوية الحقيرة التى لا تتطلب مهارة خاصة أو استعدادا عقليا أو مستوى تعليميا معينا . وقد بلغت نسبة أولئك الذين يقومون بأعمال فنية فى العينة ٢٨,٦ ٪ .

(ج) التاريخ المرضى : –

ذكر (٦٠ ٪) من أفراد العينة أنهم لم يتعرضوا لأمراض أقعدتهم فترة طويلة فى حياتهم ، أما الباقون فقد ذكروا الأمراض التالية كما بينها الجدول رقم (٦) .

جدول رقم (٦)

يبين توزيع الحالات حسب الأمراض التى تعرضت لها

اسم المرض	التكرار
التيفود	٢
الحمى	٢
استئصال معدة	١
الكوليرا	١
استئصال كلى	١
قرحة بالمعدة	١
ربو	١
سيلان	١
عمليات جراحية أخرى (فتق اربى وزائدة دودية ...إلخ)	٧

د) التاريخ الإدمانى : —

قرر (٣٨ ٪) من أفراد العينة أنهم لم يتعاطوا أى عقاقير سوى الأفيون وذلك منذ تعاطيه أول مرة ، أما بقية العينة (٦٢ ٪) فقد قرروا أنهم تعاطوا عقاقير أخرى قبل رسوهم على شاطىء الأفيون. ويبين الجدول رقم (٧) توزيع هؤلاء الأفراد على العقاقير المختلفة .

جدول رقم (٧)

يبين توزيع أفراد العينة حسب العقاقير التى تعاطوها قبل إدمان الأفيون

العقار	التكرار *	٪
الحشيش	٢٢	٤١
الكحوليات	١٣	٢٤
المنبهات	٤	٧
المهدئات	١٢	٢٢
منبهات ومهدئات معاً	٣	٦
المجموع	٥٤	١٠٠

* تزيد التكرارات عن حجم العينة لوجود أفراد تناولوا أكثر من عقار

ويعد الحشيش هو أكبر هذه العقاقير تكرارا ، كما أنه أسبقها حدوثا ، إذ أن النسبة الغالبة ٨٥ ٪ منهم بدأوا بتعاطى الحشيش ، ويلى الحشيش الكحوليات ثم المهدئات فالمنبهات وأخيرا المنبهات والمهدئات معاً .

والمنبهات التى تعتبر أكثر شيوعا هى الريتالين ، أما المهدئات الأكثر شيوعا فهى الفاندورم والكودايين والكودينال والنيوكودين والأقراص المنومة ، أما المنبهات والمهدئات التى تستخدم معا فهى أقراص مهدئة تسحق مع أقراص منبهة ثم يقوم المدمن بأخذها عن طريق الشم سواء كان الشم مباشرة أم عن طريق إدخال أنبوبة فى فتحة الأنف والجرعة الواحدة من الشم تكلف المدمن عادة ستين قرشا . وجدير بالذكر أن خلط المنبهات بالمهدئات معروف أيضاً فى الحضارة الغربية بالولايات المتحدة ويسمونه «Sitting Up»

ويبلغ متوسط السن عند تعاطى أول عقار (٢٢,٣) سنة بانحراف معيارى قدره (٧,١٨) ، كما يبلغ المدى المطلق للسن ٢٥ سنة (١٠ — ٣٥) .

ويحدد المدمنون أسباب تعاطى العقاقير لأول مرة فى حياتهم بأسباب متعددة يبينها الجدول رقم (٨) .

جدول رقم (٨)

يبين أسباب تعاطى العقاقير السابقة للأفيون

السبب	التكرار	٪
الاصدقاء	٢٤	٣٧
الزواج والناحية الجنسية	١٨	٢٨
تقليد الافلام	٥	٨
وجود العقار بالمنزل	٢	٣
عملية جراحية	٢	٣
الشعور بتعب جسمى	٦	٩
حب الاستطلاع	٥	٨
وصفة للصداع	٣	٤
المجموع	٦٥	١٠٠

ويتبين من الجدول أن أقوى الأسباب التى ذكرها المدمنون هو الخاص بتأثير جماعة الأفيون ، يليه المعتقدات المتعلقة بتأثيرات العقار على الناحية الجنسية .

أما المدة التى استمر فيها المدمن متعاطيا لهذه العقاقير (قبل الأفيون) فان التباين كان فيها كبيرا والمدى كان كبيرا جدا ، فالبعض لم يستمر أكثر من سنتين ثم لجأ إلى الأفيون ، والبعض الآخر أخذ يتنقل بين عقار وآخر لفترة وصلت عند إحدى الحالات إلى ٢٨ سنة ثم أدمن الأفيون ، وآخرون وهم يشكلون نسبة كبيرة نسبيا (٢٣ ٪) استمروا فترة من ٨ — ١٦ سنة فى تعاطيهم للعقاقير المختلفة إلى أن أدمنوا الأفيون .

وقد حدد المدمنون وسائل تعاطى هذه العقاقير على النحو التالى :

١ — التدخين فى الجوزة أو السجاير .
٢ — الاستحلاب .
٣ — الشم .
٤ — التذويب فى الشاى أو القهوة .
٥ — البلع .
٦ — الشرب .
٧ — الحقن .
٨ — إضافة العقار للحلاوة والسمن .

وبالنسبة للمنصرف على العقار يوميا بالقروش عند بدء التعاطى فقد تراوح ما بين خمسة قروش و جنيه واحد بمتوسط قدره (١٧,٢) قرش ، أما عن المنصرف على العقار فى آخر مرة فقد تراوح ما بين (٢٥) قرشا ، ٤ جنيهات بمتوسط قدره (٦٢,٧) قرشا .

عينة البحث إذن مجموعة من ملمنى الأفيون المزمنين الذين تقدموا طواعية للعلاج ، والذين لهم تاريخ عقاقيرى طويل ، معظمهم تنقل من

عقار إلى آخر حتى استقر به المقام على إدمان الأفيون . كذلك فان لمعظمهم خبرات علاجية وخبرات انقطاع عن العقار ، ذلك أن نسبة المدمنين الذين دخلوا للعلاج لأول مرة هى ٣٣ ٪ أما النسبة الباقية فقد دخلوا للمصحة للعلاج أكثر من مرة بمتوسط قدره (٢,٧) مرة .

وكل أفراد العينة لم يتعاطوا مع الأفيون أى عقاقير أخرى باستثناء ثلاث حالات كانت تتعاطى الحشيش ولكن بصورة غير منتظمة ، وفى الفترة الأخيرة بعد التصدى لمعاقل تجار المخدرات فى الباطنية فقد لجأ معظم المدمنين — نتيجة لعدم توافر الأفيون — إلى الأقراص المهدئة وأدوية الكحة لاحتواء معظمها على أحد مشتقات الأفيون وهو الكودبين ، كذلك لجأوا إلى أقراص الاسبرين والفيجاسكين ، والاوبتاليدون ، وكان معظمهم يتناول منها أعداداكبيرة وصلت فى بعض الحالات إلى ٤٠ قرصا يوميا .

ثانيا ـ أدوات البحث

(أ) لماذا هذه الأدوات ؟

لما كانت فروض البحث تسير فى اتجاهات رئيسية ثلاثة هى :

١ ـ التعرف على العوامل النفسية والاجتماعية المتصلة بالإدمان .

٢ ـ العلاقة بين دخول المصحة للاستشفاء من الإدمان والتغير فى بعض العوامل النفسية .

٣ ـ تأثير برنامج علاج نفسى على التغير فى بعض العوامل النفسية .

فقد استخدمت الأدوات التالية لكى تغطى هذه الاتجاهات ، فالمقابلة المقننة تتيح الفرصة للتعرف الموضوعى على العديد من العوامل الاجتماعية والنفسية ، كما أن اختبار الشخصية المتعدد الأوجه واستفتاء ماسلو وضعا أساسا لقياس سمات مرضية وهما ـ بلا شك ـ يعدان من أنسب المقاييس عند دراسة جماعة من ذوى الانحرافات السلوكية ، كذلك فان اختبار تفهم الموضوع واختبار ساكس من الاختبارات الاسقاطية التى تتيح فرصة للتعرف على ديناميات الشخصية ، وعدم الاكتفاء بالسمات الخارجية فقط ، ويفضل اختبار تفهم الموضوع بخاصة اختبار الرورشاخ إذ أنه يصل بنا إلى الديناميات الفعلية للعلاقات الشخصية ، كما يعطينا فكرة عن علاقات المفحوص بصورة السلطة والاقران وطبيعة المخاوف ... إلخ .

أما أسلوب المناقشة الجماعية الذى اتبعناه دون غيره من الأساليب فذلك لأن العلاج الجمعى يتطلب مهارة وخبرة فى المجال العلاجى تفوق ما يتطلب من المعالج الفردى ، كما أنه من الوجهة القانونية البحتة فإنه ليس من حقنا أن نقوم بدور المعالج النفسى ، ومن الوجهة الاقتصادية فاننا لا نستطيع أن نتحمل تكاليف تشغيل معالج نفسى لتطبيق أى نوع من أنواع العلاج . كل ذلك دعانا إلى أن نستخدم أسلوب المناقشة الجمعية .

إن استخدام أدوات موضوعية ، وأدوات إسقاطية ، والتطبيق الفردى للأدوات يعطى البحث فرصة الرؤية من أكثر من زاوية ، كما يزيد من إمكانية التعرف على هذه الظاهرة بأسلوب دينامى موضوعى .

(ب) وصف الأدوات : ـ

١ ـ استمارة مقابلة لدراسة المتغيرات النفسية والاجتماعية لمدمن الأفيون :

تبين من الدراسة المبدئية التى أجريناها مع ثلاث حالات من مدمنى الأفيون أن أسلوب المقابلة الحرة غير المقيدة سيكون له من المخاطر أكثر مما له من المزايا ، ذلك أن موضوع المقابلة نفسه وهو التعرف على المتغيرات النفسية الاجتماعية للمدمن يعلموضوعا متشابكا ومعقدا . بالإضافة إلى وجود العديد من العوامل المتـــداخلة والمتغيرات المتنوعة . لذلك فضلنا أن تكون المقابلة مقيدة عن طريق استمارة صممت للتعرف على المتغيرات التى تهم البحث مما يجعل المقابلة أكثر دقة وموضوعية مما لو تركت غير مقيدة .

وحتى لا تفقد المقابلة قيمتها الدينامية فقد صممت أسئلة الاستمارة بحيث يتيح بعضها للمفحوص أن يتحدث كما يشاء « أسئلة مفتوحة » نذكر منها على سبيل المثال :

« تقدر توصف لى بالتفصيل التأثير اللى بيعملوا فيك الأفيون » ..

« أول مرة أخدت فيها الأفيون تقدر توصف لى بالضبط إيه كان أثره عليك » .

بالإضافة إلى أسئلة التعمق وهى الأسئلة التى عادة ما تسأل عن التفسير أو العلية أو السببية ، مثل :

« ليه اخترت الأفيون بالذات » ..

« بتاخد الأفيون وحدك واللا مع حد تانى » ..

« ليه » « للتعمق » .

« ليه عايز تبطل الأفيون » .

مراحل تصميم الاستمارة :

(أ) نتيجة للمقابلات الحرة مع ثلاث حالات من المدمنين وضع الباحث مشروع استمارة لقياس المتغيرات التى يهدف إلى دراستها .

(ب) قام الباحث بتطبيق الاستمارة على حالتين من المدمنين وتبين صلاحيتها (ملحق رقم أ) والاستمارة تحتوى على تسعة أقسام رئيسية هى :

	عدد الأسئلة
١ – بيانات أولية	١٦
٢ – تاريخ الإدمان عند الحالة	١١
٣ – إدمان الأفيون ومشتقاته	٤٦
٤ – آثار الأفيون كما يراها المدمن	٥٨
٥ – الإدمان والجنس	٢٣
٦ – مشكلات المدمن	٦
٧ – فكرة المدمن عن مجتمع المدمنين	١٣
٨ – رأى المدمن فى التخلص من الأفيون	١٠
٩ – بعض المتغيرات الأسرية والاجتماعية للمدمن	٣٢

ويتضح مما سبق أن عدد الأسئلة ٢١٥ سؤالا منها ستة أسئلة مكررة بقصد التعرف على درجة صدق المفحوص فى الاستجابة .

٢ – اختبارتفهم الموضوع .T.A.T (محمد عثمان نجاتى وأحمد حمدى) (سيد غنيم وهدى برادة ١٩٦٤) ، (محمود الزيادى ١٩٦٩) ، (Anastasi 1959)

وضع مورجان وموری هذا الاختبار سنة ١٩٣٥ كوسيلة لفحص ديناميات الشخصية كما تعبر عن نفسها فى العلاقات الاجتماعية وفى إدراكها وتفسيرها .

والفكرة الأساسية التى يقوم عليها هذا الاختبار هى أن القصص التى يعطيها المفحوص تكشف عن مكونات هامة فى شخصيته على أساس نزعتين : الأولى نزعة الناس إلى تفسير المواقف الانسانية الغامضة بما يتفق وخبراتهم الماضية ورغباتهم الحاضرة وآمالهم المستقبلة . والثانية نزعة كثير من كتاب القصص إلى أن يغترفوا بطريقة شعورية أو لاشعورية الكثير مما يكتبون من خبراتهم الشخصية ويعبرون عما يدور بأنفسهم من مشاعر ورغبات .

والاختبار عبارة عن مجموعة من الصور الغامضة نوعا ما ، يقوم المفحوص بتكوين قصة أو حكاية تتعلق بما يدور بالصورة ، ويتحدث عن أحوال الأشخاص والأحداث التى تجرى فيها ، ثم يقوم الفاحص بدراسة ما يقدمه المفحوص ويحاول أن يستشف منها ما يعتمل فى نفسه من ميول ورغبات وحاجات مختلفة ، فالقصص التى يقولها المفحوص تكشف إذن عن العوامل الديناميكية الفعالة ذات الأثر فى تحديد سلوك المفحوص ونمط شخصيته ودوافعه وانفعالاته وعقده وألوان الصراع المختلفة ، كذلك فانه يمكن الإبانة عن الميول المكبوتة التى لا يستطيع صاحبها أو لا يرضى عن أن يكشف عنها .

ولما كان الاختبار يستند أساسا إلى نظرية التحليل النفسى فى التفسير فان مبدأ الحتمية السيكولوجية من الافتراضات الأساسية فى هذا التفسير ، ويعد فرض الحتمية السيكولوجية حالة خاصة فى قانون العلية ، بمعنى أن كل شىء يقال أو يكتب بوصفه استجابة لمثير — شأنه فى ذلك شأن كل نتاج نفسى له معناه وسببه الدينامى — كذلك يؤخذ فى الاعتبار مبدأ الحتمية

الزائدة الذى يقال أن كل جزء مما أسقط له أكثر من معنى واحد وأن كل معنى يقابل مستوى معينا من بناء الشخصية .

مادة الاختبار :

تتكون مادة الاختبار من إحدى وثلاثين صورة مطبوعة على بطاقات من ورق مقوى أبيض ، منها عشر بطاقات للذكور ، وعشر للإناث ، وإحدى عشرة بطاقة للجنسين معا ، وتشتمل كل بطاقة فى الغالب على منظر به شخص أو جملة أشخاص فى مواقف غير محددة مما يسمح بادراكها على أنحاء مختلفة ، والبطاقات الخاصة بجميع الذكور تحمل الرمز .B.M (ص . ر) وبعضها خاص بالذكور أكبر من سن ١٤ سنة وتحمل الرمز .M (ر) ، بينما بعضها خاص بالذكور أقل من ١٤ سنة وتحمل الرمز .B (ص) ، كذلك هناك بطاقات خاصة بالإناث أقل من سن ١٤ سنة وتحمل الرمز .C (ب) ، وهناك بطاقات خاصة بالإناث أكثر من ١٤ سنة وتحمل الرمز .F (أ) .

وقد استخلصنا النسخة العربية التى أعدها نجاتى وطبق على أفراد العينة البطاقات الخاصة بالرجال والتى بلغ عددها ٢١ بطاقة . والنسخة العربية لا تختلف عن النسخة الأمريكية كثيرا ، فالبطاقات رقم ٧ (ص ر) ، ١٠ ، ١١ ، ١٤ ، ١٧ (ص ر) تركت بلا تعديل على الاطلاق ولم تحدث تعديلات واسعة إلا فى البطاقات ١ ، ٢ ، ١٢ (ص ف) ، ١٩ .

ففى البطاقة الأولى تغيرت آلة الكمان والقوس إلى كراس كبير مفتوح وكوب به فرشتان وعلبة ألوان .

وفى البطاقة (٢) تغيرت مهنة الفلاحة وأصبحت مهنة التجارة .

وفى البطاقة ١٢ (ص ف) عدل المنظر الطبيعى (مياه وأشجار وحشائش) بما يناسب البيئة المصرية .

وفى البطاقة (١٩) تغير الكوخ الغريب الموجود وسط الجليد إلى كوخ وسط جو صحراوى عاصف .

كذلك فقد عدلت الملامح والملابس الأجنبية إلى ملامح وملابس محلية مناسبة .

كما أضيفت بطاقة جديدة لاستخدامها فى البيئة العربية هى البطاقة ٢١ (ر) وقد دلت الاستجابات التى جمعت عن هذه البطاقة أن معظم من سبق لهم أن تعاطوا الحشيش أو اشتركوا فى بعض جلساته قد أدركوها على أنها جلسة تعاطى حشيش .

٣ — استفتاء ماسلو (أحمد عبد العزيز سلامة ١٩٧٣) :

توصل ماسلو إلى وضع هذا الاستفتاء سنة ١٩٥٢ عن طريق أبحاث نظرية إكلينيكية من مفهوم رئيسى من مفاهيم علم النفس هو الأمن النفسى أو الطمأنينة الانفعالية .

ذلك أنه قام بدراسة إكلينيكية لعدد كبير من أفراد كان يعرف عن بعضهم أنه يتسم بالطمأنينة الانفعالية وعن بعضهم الآخر أنه يفتقر إلى الشعور بالأمن وذلك فيما بين عامى ١٩٣٦ ، ١٩٤٠ وذلك على أساس من المعايير التى كانت سائدة عندئذ وطبقا لمفهوم الشعور بالأمن الذى كان مرتبطا بنظرية ماسلو فى الدوافع .

وقد قام ماسلو — بالإضافة إلى ذلك — بتجميع عدد من السير الذاتية من طلاب كان يعرفهم معرفة وثيقة ، ليشرع بعد ذلك فى عقد مقابلات شخصية للذين يتحقق لديهم الشعور بالأمن، والذين لا يتحقق فيهم ذلك الشعور من بين هؤلاء . ثم سجلت الملاحظات السلوكية وخصائص الشخصية لتم بعد ذلك مراجعتها ومقارنتها بأشخاص آخرين معروفين من قبل ،

وتألف من ذلك كله ما يعرف بتحقيق الصدق الاكلينيكى لخصائص الأفراد الذين يتصفون بالأمن النفسى والذين لا يتصفون بذلك .

وقد وضعت الصورة المبدئية للاختبار من ٣٤٩ سؤالا يجاب عنها (بنعم) أو (لا) أو بعلامة استفهام (؟) وتم إجراؤها على ٥٠٠ طالب جامعى . ثم عقدت المقابلات الشخصية للحائزين على الدرجات المتطرفة فى اتجاه الشعور بالأمن واتجاه انعدام الشعور بالأمن وكان عدد هؤلاء الطلاب ٦٦ ، ٤٦ طالبا على الترتيب .

ونتيجة لإجراء التحليل لأسئلة هذه الصورة المبدئية ، تم اختيار ١٣٠ سؤالا فقط روئى أنها أفضل الأسئلة .

وهذه الأسئلة المائة والثلاثون هى التى كونت الصورة الثانية من الاستفتاء وقد أجريت على ألف من طلاب الجامعة فى كلية بروكلين . وقد انتهى ماساو نتيجة لعمليات تحليل البنود المختلفة إلى الصورة النهائية للاختبار التى تتألف من خمسة وسبعين سؤالا والتى تتميز بمعامل ثبات مقداره (٠,٩٣) .

ولضبط العامل المعروف عند ثورنديك ولورج باسم Gen-Like الذى يعنى ميل بعض الأفراد إلى الإجابة بنعم أو لا دون النظر إلى مضمون السؤال ، فقد أضيف إلا الاختبار ثمانون سؤالا لتحقيق صدقه اكلينيكيا وذلك فى محثين لضبط ذلك العامل، وقد أدى ذلك إلى أن أصبحت الصورة النهائية للقياس بحيث تحتوى على بعض الأسئلة التى يستدل من الإجابة عليها بنعم على انعدام الشعور بالأمن ، وبعض الأسئلة التى يستدل من الإجابة عليها با لا على تحقق الشعور بالأمن .

وقد تحقق ماسلو من صدق المقياس بعدة خطوات منها اختيار الاسئلة التى تم التحقق من صدقها إكلينيكيا ، كذلك طاب من بعض الطلاب الذين أجرى عليهم الاختبار أن يقدروا صدق الاختبار بالمقارنة بين النتيجة التى تم التوصل إليها عن طريقه وبين آرائهم هم عن أنفسهم ، وتبين له من ذلك أن (٠,٨٨) حكموا على الاستفتاء بأنه بالغ الدقة أو متوسط الدقة .

ويقول ماسلو أن الخبرة بينت أن الطلاب الذين يشكون من الأعراض ويحصلون على درجات عالية فى انعدام الشعور بالأمن إنما يعانون بالضرورة من عصاب حقيقى أو عصاب موقفى . على حين أن الطلاب الذين كانوا

يفدون إلى مكتب الارشاد فى الجامعة يشكون من بعض الأعراض من غير أن يحصلوا على درجات عالية فى الاختبار كانوا سريعا ما يتحسنون عند مجرد تقديم الارشاد النفسى اليسير لهم .

وقد استخدم ماسلو الطريقة النصفية لقياس ثبات الاختبار وذلك بتقسيم الاستفتاء إلى أسئلة زوجية وأسئلة فردية، وكان معامل الارتباط (٠,٨٦) على عينة مكونة من ١٠٠ فرد .

ولما كان الاستفتاء يتكون من ٧٥ سؤالا تمثل الأبعاد الأربعة عشر التى سبق للباحث أن ذكرها فان ماسلو قسم هذا الاستفتاء إلى ثلاثة أجزاء رئيسية ، الجزء الأول يمثله أول ٢٥ سؤالا ، والجزء الثانى يمثله ثانى ٢٥ سؤالا ، والجزء الثالث يمثله ثالث ٢٥ سؤالا .

ويرى ماسلو أنه فى بعض الحالات يمكن تطبيق أحد الأجزاء دون الجزأين الآخرين من الاستفتاء حيث إن كل جزء من هذه الأجزاء يحتوى على اسئلة تمثل الأربعة عشر بعدا . وقد قام ماسلو بحساب معاملات الارتباط بعضها البعض فى دراسة أخرى للثبات ، وقد تراوح معامل الارتباط ما بين (٠,٩٨) ، (٠,٧٤) وهى معاملات عالية بالنسبة لاختبار قصير .

كذلك قام ماسلو بدراسة العلاقة بين درجات الأفراد على هذا الاستفتاء من جهة ودرجاتهم على اختبار ثيرستون للعصابية ، برونرويتر (الميل للعصابية) ، البورت (السيطرة — الخنوع) ، وقد كانت معاملات الارتباط (٠,٦٨) ، (٠,٥٨) ، (٠,٥٣) على الترتيب لعينات بلغ عددها ١١٧ ، ٥٩ ، ٤٥ فردا على الترتيب .

وفى دراسة أخرى للعلاقة بين هذا الاستفتاء ومقياس البورت وفرنون للقيم . توصل ماسلو إلى معاملات ارتباط قريبة من الصفر وغير دالة إحصائيا بالنسبة لمجموعات القيم الست .

وفى دراسة قام بها جف Gough على مجموعة من طلاب المدارس

الثانوية لدراسة العلاقة بين درجات الاختبار من جهة واختبار مينيسوتا المتعدد الأوجه واختبار أوتيس للذكاء من جهة أخرى تبين له أن أعلى معامل ارتباط كان بين استفتاء ماسلو ومقياس السيكاثينيا وأن أصغر معامل ارتباط كان بين استفتاء ماسلو ومقياس الهوس الخفيف . أما معامل الارتباط بين استفتاء ماسلو واختبار أوتيس للذكاء فقد كان قريبا من الصفر. ويوضح الجدول رقم (٩) قيم معاملات الارتباط بين استفتاء ماسلو ومقاييس اختبار مينيسوتا المتعدد الأوجه واختبار أوتيس للذكاء .

جدول رقم (٩)

يبين قيم معاملات الارتباط بين استفتاء ماسلو
ومقاييس اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه واختبار أوتيس للذكاء

مقاييس اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه	معاملات الارتباط بينها وبين استفتاء ماسلو		
	للمجموعة كلها	للإناث فقط	للذكور فقط
مقياس التصحيح	,٤١٠	,٤١٢	,٤٠٣
مقياس الكذب	,١٨٦	,١٤٢	,٢٥٠
مقياس الخطأ	,٣٢٢	,٣٧٩	,٢٧٢
توهم المرض	,١٨٦	,٣٠٢	,٠٩٥
الاكتئاب	,٤٠٠	,٣٧٣	,٤٦٤
الهستيريا	,٢٢٤	,٢١٠	,٢٦٤
الانحراف السيكوباتى	,٢٢٩	,٢٥٤	,٢٢٥
الذكورة والانوثة	—	,١٦٠	,٤٠٤
البارانويا	,٣٦٩	,٣٥٥	,٣٩٣
البسيكاشينيا	,٤٦٢	,٥١٧	,٤٥٤
الفصـــام	,٣٥٢	,٣٦٠	,٤٠٣
الهوس الخفيف	,٠٥٦	,١٥٠	,٠٦٣
اختبار أوتيس للذكاء وماسلو	,٠٩٣	,١٩٦	,٠٣٦

وعندما قام جف بدراسة العلاقة بين درجات هؤلاء الطلاب فى استفتاء ماسلو ودرجاتهم المدرسية والفوارق الاقتصادية تبين له أن هذا الاستفتاء لا يتأثر بهذه المتغيرات ، أى أن العلاقات بين درجات الطلبة فى استفتاء ماسلو ودرجاتهم المدرسية والمستوى الاقتصادى هى علاقة صفرية وغير دالة إحصائيا .

وقد قمنا بتحويل صورة الاختبار العربية من اللغة العربية الفصحى إلى اللغة العامية ، وذلك لأن معظم أفراد عينة البحث – كما تبين لنا فى دراستنا المبدئية – ينتمون إلى طبقات اجتماعية دنيا وتشيع فيهم الأمية (ملحق رقم ب) ، وقد اتبعنا الأسلوب التالى فى إعداد الصورة العامية :

١ – قمنا بتحويل الأسئلة من العربية الفصحى إلى العامية .

٢ – عرضنا الاستفتاء فى صورتين : العربية والعامية على مجموعة من المحكمين وطلبنا منهم تحديد درجة مطابقة اللهجة العامية لنظيرتها باللغة العربية .

٣ – قمنا بتعديل بعض الأسئلة بناء على ما ورد من استجابات المحكمين الذين كان عددهم عشرة (١) .

٤ – قمنا بحساب معامل الارتباط بين نتائج الاستفتاء بصورته العربية ونظيره بالعامية ، وذلك بأن طبقنا النسختين على ٤٢ طالبا من طلاب السنة الأولى بكلية التربية جامعة الأزهر على النحو التالى :

(أ) قسم الطلبة إلى مجموعتين فى التطبيق الأول إحداهما أجابت على النسخة العربية والأخرى على النسخة العامية .

(ب) أعيد تطبيق الاختبار بعد إجراء وضع عكسى للتطبيق بعد عشرة أيام .

(ج) تم حساب معامل الارتباط بين درجات الاختبارين وكان معامل

---

(١) بعض طلاب الدراسات العليا وبعض أساتذة علم النفس والتربية بالجامعات .

الارتباط مساويا (٠,٨٩٦) وهو معامل عال وذو دلالة إحصائية .

(د) كذلك قمنا بدراسة دلالة الفروق بين متوسطات الطلاب فى كل من الاختبارين (باللغة العربية ، بالعامية) ويوضح الجدول التالى المتوسط والتباين وقيمة (ت) ومستوى الدلالة الإحصائية.

جدول رقم (١٠)

يبين قيمة المتوسط الحسابى والانحراف المعيارى وقيمة ت ومستوى الدلالة الإحصائية لكل من الصورتين العربية والعامية لاستفتاء ماسلو

البيان	عدد الأفراد	المتوسط	الانحراف المعيارى	قيمة ت	مستوى الدلالة
الصورة العربية	٤٢	٣٢,٩	١١,٣٠	,٦٥٥	غير دالة
الصورة العامية	٤٢	٣١,٣	١١,٠٥		

أى أنه لا توجد فروق بين متوسطات الصورتين للاختبار .

٥ ــ من الممكن أن يعد معامل الارتباط السابق الإشارة إليه دليلا على أن الاختبار فى صورته العامية صورة مكافئة للاختبار الأصلى ، كما أن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الصورتين يدعم ذلك أيضاً .

٤ـ اختبار ساكس لتكملة الجمل : (أحمد عبد العزيز سلامة ١٩٧٠)،(سيد غنيم وهدى برادة سنة١٩٦٤) ، (Anastasi 1959)

اختبار ساكس من الاختبارات الاسقاطية التى تعتمد على استخدام اللفظ كمثير يقدم للمفحوص . فاذا كانت الاختبارات الاسقاطية على تعدد أنواعها من بقع الحبر أو الصور أو الالفاظ تتفق فيما بينها من حيث إن المختبر يقدم للمفحوص نوعا من المثير الغامض أو ناقص التكوين ليطالبه بأن يخلع عليه شيئا من المعنى الواضح المحدد .

فان اختبار ساكس من بين هذه الاختبارات الاسقاطية التى تعتمد على المنهج اللفظى شأنه فى ذلك شأن اختبارات تداعى الكلمات أو تكملة القصص أو رواية القصص أو تكملة المحادثات .

وقد قام بوضع الاختبار جوزيف م ساكس وبعض زملائه من المختصين النفسيين فى قسم الصحة النفسية بمستشفيات المحاربين القدماء بمدينة نيويورك . ويتميز الاختبار بعدد من المميزات لا تتوافر فى غيره من الاختبارات ، فهو لا يتطلب من المفحوص أكثر من أن يكمل عددا من الجمل بأول ما يرد على ذهنه ، وذلك بعد أن يطمئن المختبر إلى فهم المفحوص للتعليمات . كذلك فان عبارات هذا الاختبار الستين تتيح الفرصة للمفحوص للتعبير عن اتجاهاته فى أربعة جوانب هامة رئيسية فى حياته النفسية هى :

(أ) الأسرة . (ب) الجنس .

(جـ) العلاقات بين الأشخاص . (د) تصور الذات .

كذلك فان الاختبار يتناول نواح فرعية لهذه الجوانب الرئيسية على النحو التالى :

(أ) الأسرة :

١ ـ الأب . ٢ ـ الأم ٣ ـ الأسرة عموما .

(ب) الجنس :

١ ـ الاتجاه نحو النساء . ٢ ـ الاتجاه نحو العلاقات الجنسية .

(ج) العلاقات الإنسانية :

١ – الاصدقاء والمعارف .   ٢ – الزملاء فى العمل والدراسة .

(د) تصور الذات :

١ – المخاوف .   ٢ – مشاعر الاثم .

٣ – الأهداف .   ٤ – القدرات .

– الماضى   ٦ – المستقبل .

وقد خصصت من العبارات الستين أربع عبارات لكل متغير فرعى من هذه المتغيرات الخمسة عشر .

ويرى واضعو الاختبار أنه أصلح ما يكون للمفحوصين الذكور البالغين على وجه الخصوص .

ومن الممكن تطبيق الاختبار فرديا أو جماعيا وعلى المختبر أن يقرأ التعليمات ، وبعد أن يتأكد من فهم المفحوص أو المفحوصين لها ، فانه يطلب منه أو منهم البدء فى تكملة الجمل . ومن واجبه أن يجيب على ما قد يوجه إليه من أسئلة مثل: هل من الضرورى أن تكون الإجابات معقولة ؟ أو هل من الضرورى أن تكون الإجابات تفصيلية مختصرة ؟ ... إلخ . كذلك على المختبر أن يسجل وقت الابتداء ووقت الانتهاء وأن ينبه على المفحوص أن يضع دائرة حول العبارة التى يتخطاها ثم يعود إلى تكملتها .

وللاختبار طريقتان للتصحيح، الأولى كيفية نوعية وصفية فى جوهرها وذلك عن طريق جمع استجابات المفحوص التى تكشف عن اتجاهه نحو كل موضوع من الموضوعات، ونتعرف من خلال ذلك على مختلف اتجاهاته نحو أبيه وأمه وهكذا ، ثم نجمل ذلك كله فى صورة تقرير وصفى اكلينيكى عن شخصية الحالة يكون بمثابة طائفة من الفروض المتصلة بشخصية المفحوص .

والثانية طريقة كمية ، نضع فيها بند من البنود الستين الدرجة صفر أو (١) أو(٢)،أما الدرجة(٢) فتعطى للبند إذا كان يكشف عن اضطراب المفحوص وسوء توافقه إلى حد مبالغ فى هذه الناحية ، والدرجة(١) للتكملة التى تكشف عن سوء توافق طفيف وصراعات انفعالية متوسطة الحدة فيما يتصل بهذا الجانب النفسى من حياة المفحوص ، والدرجة صفر للتكملة التى لا تبين عن اضطراب ما .

وقد طبقنا الاختبار بصورته العربية ولم نعدل فى عباراته سوى بعض التفسيرات التى كنا نقدمها للمفحوصين للإيضاح ولكى يزداد فهمهم بالمقصود من العبارة مما يساعد على الحصول على الاستجابة المناسبة .

٥ ـ اختبار الذكاء المصور (أحمد زكى صالح ١٩٧٢) :

يعد هذا الاختبار من النوع الجمعى غير اللفظى ، ذلك أنه لا يعتمد على اللغة إلا كوسيلة اتصال فى شرح تعليمات الاختبار والمقصود منه للافراد الذين يطبق عليهم الاختبار ، أما أداء الأفراد فى الاختبار نفسه فلا يخضع لأى عامل لغوى أو مهارة فى اللغة لأن طبيعة الاسئلة عبارة عن صور يطلب من المفحوص أن يدرك العلاقة بينها ثم يضع علامة على الشكل المختلف .

وفكرة الاختبار الرئيسية هى فكرة التصنيف ، أى ينظر الفرد إلى الاشكال الخمسة الموجودة فى كل سطر ، ثم يحدد علاقة التشابه بينها ، وينتقى أحد الأشكال من حيث إنه المختلف عن الأشكال الأربعة الأخرى . أى أنه يعتمد أصلا على إدراك العلاقة بين مجموعة من الأشكال وانتقاء الشكل المختلف .

والاختبار يهدف إلى تقدير القدرة العقلية العامة لدى الأفراد فى الأعمار من سن الثامنة إلى السابعة عشرة وما بعدها .

وقد قام أحمد زكى صالح بدراسة صدقه وثباته ، وقد كانت معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية تتراوح بين ٠,٧٥ ، ٠,٨٥ كذلك فان صدق هذا الاختبار قد حسب عن طريق ارتباطه بالعديد من الاختبارات الأخرى مثل اختبارات معانى الكلمات وإدراك المعانى والتفكير والقدرة العقلية العامة والمعالجة الذهنية ، كذلك حسب له الصدق العاملى فى دراستين الأولى لميشيل يونان والثانية لأمينة كاظم .

٦ – اختبار الشخصية المتعدد الأوجه : M.M.P.I.

(سيد غنيم ١٩٧٣) ، (لويس كامل وآخرون ١٩٥٩) Lord 1971

قام بوضع هذا الاختبار هاثاواى وماكنلى ، وقد ترجمه إلى اللغة العربية لويس كامل وآخرون ، والاختبار أعد فى أساسه ليكون أداة للتشخيص السيكاترى ، وأن يعطى بصورة موضوعية قياسا للعديد من جوانب السلوك الأمر الذي لا يمكن تحقيقه عادة فى المقابلة الاكلينيكية .

والاختبار فى صورته النهائية يشمل ٥٥٠ عبارة تغطى مدى واسعا من الموضوعات فى الشخصية مثل الصحة العامة والعادات والزواج والاتجاهات الجنسية والاجتماعية والدينية والسياسية والنزعات السادية والمازوخية والهواجس والهلاوس والمخاوف المرضية ، وكذلك الحالات الانفعالية المختلفة بما فيها حالات الانقباض والحالات الوسواسية والقهرية وكذلك الروح المعنوية وما يتصل بالذكورة والانوثة واتجاه المفحوص نحو الاختبار ، وللاختبار أربعة مقاييس صدق هى :

١ – مقياس (؟) وهو عبارة عن عدد العبارات التى لم يجب عنها المفحوص (بنعم) أو (لا) . والدرجات الكبيرة على هذا المقياس تدل على أن عددا من العبارات التى تخص بعض المقاييس الاكلينيكية أو كلها لم يجب عنها وفى هذه الحالة يحسن عدم الاعتماد على استجابات المفحوص لعدم صدقها .

٢ - مقياس الكذب (L) ولا توجد لهذا المقياس نقطة محددة يمكن حساب عدم الصدق عندها ، ولكن ارتفاع درجات هذا المقياس يدل على أن القيم الفعلية للمقاييس الاكلينيكية أعلى من القيم التي حصلت عليها الحالة . ذلك لأن درجات هؤلاء الذين يزيفون استجاباتهم فى الاتجاه المرغوب فيه تكون درجاتهم على المقاييس الاكلينيكية أقل من حقيقة أمرهم .

٣ - مقياس الصدق (F) على الرغم من أن مقياس الصدق يرتبط ببعض السمات النفسية إلا أنه لا يستخدم كمقياس اكلينيكى ، وهو يستخدم أساسا لتقدير صدق الأختبار الكلى ، وعندما تكون الدرجة (F) عالية فان المقاييس الاكلينيكية تكون غير صادقة سواء كان المفحوص لم يفهم الأسئلة أم كان مهملا فى استجابته أم أجاب عنها عشوائيا . كذلك هناك مصدر آخر يزيد من درجة (F) وهو محاولة تزييف عدم الاستقرار النفسى ، وقد وجد ارتباط قوى بين درجات (F) وبعض المقاييس الاكلينيكية مثل الارتباط الموجب بينه وبين مقياس الفصام ، كذلك فان الدرجات من ١٦ - ٢٠ على مقياس (F) عادة ما توجد عند الأفراد الذين يشخصون كذهانيين . وعادة ما يسجل الفرد العادى المتوسط فى هذا المقياس من ٣ - ٤ درجات من البنود الأربعة والستين المخصصة لهذا المقياس .

٤ - مقياس (F) ويستخدم أساسا كمعامل تصحيح لبعض المقاييس الاكلينيكية ويتميز أصحاب الدرجات العالية فى هذا المقياس بالدفاعية الزائدة ، تحريف الاستجابات عمدا ليظهروا بمظهر الشخص العادى . أما من لديهم اتجاهات نحو نقد ذواتهم فانهم يحصلون على درجات منخفضة عليه . وقد أظهرت بعض الدراسات أن الأفراد الراضين عن أنفسهم قد يحصلون على درجات عليا فى هذا المقياس وذلك باختيار الاستجابات المستحبة اجتماعيا .

أما الاختبارات الاكلينكية للمقياس فهى :

١ – مقياس توهم المرض : هذا المقياس خاص بالاهتمام الشاذ العصابى لوظائف الجسم ، الذى ليس له أساس عضوى ، ويتميز هؤلاء الأفراد بارتفاع الدرجة على ذلك المقياس ، كما يتميزون بأنهم متمركزون حول ذواتهم وغير ناضجين فى تعاملهم مع المشكلات،ويستجيبون باستبصار غير مناسب فى المسائل الخاصة بأبدانهم . وهذا الاهتمام بالمشكلات البدنية يلح دائما عليهم على الرغم من وجود أدلة قوية تثبت العكس .

٢ – مقياس الاكتئاب : وتدل الدرجة العليا على الروح المعنوية الهابطة والتشاؤم والإحساس بخيبة الأمل وعدم القيمة وعدم القدرة على إظهار التفاؤل العادى والافتقار إلى الثقة بالنفس ، كل ذلك مرتبط بالميل إلى الحذر ، بالإضافة إلى أنهم عادة ما يكونون منشغلين بالموت والانتحار.

٣ – مقياس الهيستريا: وتقارن الدرجات العليا للمفحوص بالمرضى الذين أصيبوا بنمط التحول من أعراض الهيستريا مشتملا على الشكاوى النمطية من الشلل والأعراض المعدية المعوية وشكاوى القلب ، كذلك فان أصحاب الدرجات العليا قد يضمون أفرادا مروا بخبرات من الضعف والاغماء ، ومن المحتمل أن يظهر الفرد هذه الأعراض مداراة لمسئولياته أو صراعاته . كذلك فان هؤلاء الهستيريين من المحتمل أن يكونوا أقل نضجا من الوجهة السيكولوجية من أى فئة أخرى .

٤ – مقياس الانحراف السيكوباتى : والتشابه للمفحوصين على هذا المقياس مع أفراد أظهروا عدم الاكتراث بالعرف الاجتماعى كما أنهم لايستفيدون من تجاربهم ، كما أنهم يجدون أنفسهم فى نفس الصعوبات . ويميل أصحاب الدرجات العليا لارتكاب الأعمال اللااجتماعية واللاأخلاقية بغض النظر عن خسارتهم الشخصية وبدون اعتبار لاكتشاف سلوكهم المنحرف .

٥ ــ مقياس الذكورة ـ الانوثة : يدل ارتفاع درجة هذا المقياس لدى كل من الذكور أو الاناث على انحراف فى نمط الاهتمام بالجنس الآخر ، وليس من الضرورى وجود جنسية مثلية إلا إذا كانت هناك قرائن أخرى .

٦ ــ مقياس البارانويا : يقابل هذا المقياس بين استجابات جماعة من الأفراد العاديين ومجموعة من المرضى الذين اتصفوا بأوهام العظمة والاضطهاد والشك والحساسية الزائدة .

٧ ــ مقياس السيكاستينيا : ويتميز من يحصل على درجات مرتفعة بوجود مخاوف مرضية أو سلوك قهرى مثل غسل اليد الوسواسى أو الأنشطة الأخرى غير الفعالة . ومع هذا السلوك القهرى تجد المخاوف الشاذة والإحساس بالذنب وصعوبة التوصل إلى القرارات وصعوبة التركيز والحذر غير المحدد الوجهة . كما أنهم أفراد غير واقعين فى مستويات أخلاقهم ونقدهم لذاتهم ويتوقعون من أنفسهم ما لا يستطيعونه فعلا .

٨ ــ مقياس الفصام : والأفراد الفصاميون فعلا يمارسون انقطاعا بحياتهم الشخصية عن الواقع . وعادة ما تقترن الإرجاعات الفصامية بالعزلة الاجتماعية عن الناس ، وعادة ما يوصف هؤلاء الناس بأنهم باردون ، غير ودودين . ويوجد ارتباط قوى بين هذا المقياس ومقياس السيكاستينيا .

٩ ــ مقياس الهوس الخفيف : يتميز المريض ذو الهوس الخفيف بأنه ذو طموح عال ، ويتميز بزيادة الانتاجية . وعلى الرغم من ذلك فإنه دائما ــ ونظرا لعدم كفايته ــ يكون فردا غير منتج . وأهم ارجاعات هذا النمط هى النشاط الزائد والاستثارة الانفعالية والأفكار الطيارة وبينما يعد المريض المتهوس فعلا مريضا خطيرا فان ذوى الهوس الخفيف يعدون بعيدين قليلا عن السلوك السوى وأحيانا نجد أنه من الصعب أن نميز بين هؤلاء الأفراد وبين الأسوياء من الطموحين والنشيطين .

١٠ – مقياس (الانبساط - الانطواء) الاجتماعى : ويقيس الميل إلى الانسحاب من الاتصالات الاجتماعية والمسئوليات ، وعادة ما يظهر على هذه الحالات عدم الراحة فى المواقف الاجتماعية وعدم الميل إلى الآخرين ، كما أنهم يظهرون حساسية وعدم أمن وحذر غير محدد الوجهة . وعادة ما ينكرون دفعاتهم وإغراءاتهم ، كل ذلك مرتبط بسلوك انطوائى وتأكيد زائد لتحقيق الذات .

هذا وتمثل المقاييس الاكلينيكية الثلاثة أرقام ١ ، ٢ ، ٣ مثلث العصاب ، وهى مقاييس منفصلة تستخدم لقياس أنواع مختلفة من العصاب ومن الممكن وضع تفسيرات من تكوين المثلث .

كذلك فان المقاييس الأربعة أرقام ٦ ، ٧ ، ٨ ، ٩ تمثل مربع الفصام ومن الممكن وضع تفسيرات لها مغزاها من هذا المربع .

وبالإضافة إلى المقاييس الأصلية فان هناك المئات من المقاييس الفرعية ، وأشهر هذه المقاييس هى المقاييس العشرة التالية (Lord 1971) .

١ – مقياس العامل الأول : (A. Anexiety) وهو من أهم المقاييس التى تميز القلق . ويتميز الحاصلون على درجات عالية على هذا المقياس بأنهم يميلون إلى الكف وبأنهم متشددون فى الحفاظ على اتباع القواعد المتزمتة (Overcontrolled) كما أنهم يظهرون إمارات الكآبة والضيق الانفعالى والقلق . ورغم أن من يحصلون على درجات منخفضة فى هذا المقياس يعدون أقل فى ضيقهم الانفعالى وأكثر نشاطا وأكثر اندماجا من الناحية الاجتماعية إلا أنهم لا يتحملون الإحباط .

٢ – مقياس العامل الثانى : (R. Repression) يميل من يحصلون على درجات عليا فى هذا المقياس إلى أن يكونوا متشائمين ، محافظين ، ومتسمين بالكبت والإنكار ونقص الاستبصار ، كما أنهم يظهرون تحاشيا

شاذا للمواقف غير السارة وتشيع فيهم سمات الاستثارة والسيطرة والعدوان .

٣ – مقياس قوة الأنا : (Es. Ego Strength) الدرجات العليا على هذا المقياس مفيدة فى قياس التكيف والأداء الفعال والتعامل الجيد مع الواقع والاحساس بالكفاءة الشخصية، والحاصلون على درجات عليا يميلون إلى إظهار المشاعر والدفعات العدوانية ، أما أصحاب الدرجات المنخفضة فتشيع بينهم السمات المضادة مثل التشاؤم والجمود وعدم القابلية للتوافق فى بعض المواقف الانفعالية .

٤ – مقياس ألم أسفل الظهر : (Lb. Low back Pain) بالإضافة إلى السلبية ومشاعر عدم التوافق فانه يوجد ميل لإظهار شكاوى فسيولوجية بعامة وآلام أسفل الظهر بخاصة بينما لا يكون هناك أى أساس عضوى . وعلى العكس من ذلك فان أصحاب الدرجات المنخفضة لا تشيع بينهم الأعراض الجسمية تعبيرا عن الاعتماد السيكولوجى عليها .

٥ – مقياس الاعتماد (Dy. Dependency) : يميل من يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس إلى أن يتسموا بنقص فى الإحساس بالملاءمة وقلة فى الثقة بالنفس والاعتماد الزائد والمسايرة وتتفاوت نسبة تواجدهم بين المرضى النفسيين ومرضى القرحة إذا قورنوا بالأفراد العاديين .

٦ – مقياس السيطرة (Do. Dominance) : يتميز من يحصلون على درجات عالية بأنهم مبادئون اجتماعيا ومتزنون ومواظبون، كما أن فيهم معظم السمات التى ترتبط بقيادة الجماعات ولا توجد هذه السمات عند أصحاب الدرجات المنخفضة .

٧ – مقياس المسئولية : (Re. Responsibility) وتبين الدرجات العليا اهتماما بالمسائل الاخلاقية والمستويات العليا والرغبة فى أداء الواجبات والثقة بالآخرين. ونقص هذه السمات نراه ملحوظا عند أصحاب الدرجات المنخفضة .

٨ – مقياس التعصب (Pr, Prejudice) : يحصل الأفراد السريعو الغضب ، الحادو الطباع ، الذين لا يثقون فى أحد فى علاقاتهم الاجتماعية على درجات عالية فى هذا المقياس ، بينما أصحاب الدرجات المنخفضة يكونون على العكس من ذلك . ويميز هذا المقياس بوضوح بين هؤلاء من يتعصبون ضد السامية وبين من لا يتعصبون .

٩ – مقياس المكانة الاجتماعية (Social Status) تقترن الدرجات المرتفعة على هذا المقياس بالمكانة الاجتماعية العالية والعكس صحيح ، ويتميز أصحاب الدرجات المرتفعة بالثقة والاتزان وإنكار القلق وهم يميلون إلى حد ما إلى التعبير عن آراء شخصية قوية .

١٠ – مقياس الضبط (.Control) : ترتبط الدرجات العليا بالتحكم والضبط فى المشكلات الانفعالية ، ويميل الأفراد الذين يحصلون على ذلك إلى أن يكونوا أكثر واقعية ، وعلى دراية بمواطن ضعفهم . ويمكن أن تميز فقرات هذا المقياس بين المرضى السيكاتريين المودعين بالمستشفيات وبين نظرائهم ممن لا يحتاجون العلاج حقيقة .

هذا ، وقد أورد هلما (L. I. Hellma) ٣٨فقرة من جميع فقرات الاختبار . كل فقرة منها تمثل عرضا واضحا أو حفزة (Impulse) أو تجربة . وعادة ما يستخدم الاكلينيكيون هذه الفقرات لتكشف لهم عن نوع المرض بسرعة وذلك عند تصفية (Screeining) مرضاهم طبقاً للخلل السيكاتيرى المصابين به .

العلاقات بين المقاييس الفرعية للاختبار :

المقياس ؟ الدرجات المرتفعة تكثر بين من يتسمون بالسيكاستينيا والانقباض .

المقياس ل	من المفيد دائما معرفة أن المفحوص قد حصل على درجة عالية فى المقياس (ل) حيث أن مضمونها يشابه نوعا ما مضمون الدرجة العالية على المقياس (ك) ، كما أن الدرجة العالية على المقياس (ف) تشبه فى دلالتها الدرجة المنخفضة فى المقياس (ك) .

المقياس ف	ارتفاع الدرجة يعنى أن المفحوص قد اختار شعوريا أو لا شعوريا أن يظهر نفسه فى صورة غير سوية .

المقياس ك	إذا زادت درجات المفحوص فى (؟ ، ل ، ف) كان ذلك دليلا على عدم صدق الصفحة النفسية بينما تستخدم الدرجة ك « عاملا مصححا » لخمسة من المقاييس الاكلينيكية .

توهم المرض	(هـ س) زيادة الدرجة عادة ما يرتبط بقلة احتمال الذهان .
الاكتئاب د	زيادة الدرجة بعامة تؤكد الميل إلى الانتحار وإذا ارتفعت الدرجة (د) والدرجة (ب ت) فهذا يؤكد هذا الميل .

الهيستريا	(هـ ى) تعد الصفحة النفسية التى فيها المثلث العصابى متساو (هـ س ، هـ ى ، هـ س) صفحة هستيرية ، أما إذا كانت درجة (د) منخفضة بينما (هـ ى ، هـ س) مرتفعة فيطلق عليها (٧) التحول .

الانحراف السيكوباتى (ب د)
إذا كانت الدرجة على هذا المقياس أعلى من غيرها ، فى الصفحة النفسية أو تقرب من ارتفاع الهوس الخفيف (م . أ) فان هناك احتمالا كبيرا لاصطدام الشخص ببيئته وبايذاء سمعته وسمعة عائلته . ولا يجدى العلاج مع هؤلاء عادة .
السيكاستينيا	(ب ت) يرتبط هذا المقياس بمقياس الفصام (س . ك) .

الفصام(س ك) إذا ارتفعت درجة البارانويا مع درجة (س ك) دل ذلك
على وجود فصام البارانويا بينما إذا ارتفعت درجة (س ك)
مع (هـ س) دل ذلك على الفصام البسيط .

الهوس الخفيف (م . أ)
يمثل ارتفاعه هو ومقياس (ب د) مرضا أو عجزا مستديما
والنمط الشائع عند من يعانون تدهورا عقليا عضويا أن يشيع
بينهم ارتفاع متناقض بين (م أ) ، (د) .

اختبار الشخصية المتعدد الأوجه كما تم استخدامه فى البحث :

تبين فى الدراسة المبدئية على المدمنين أن نسبة كبيرة منهم أميون لا يعرفون القراءة والكتابة ، ولما كان الاختبار فى صورته العربية مكتوباً باللغة العربية الفصحى ، ولما كان من الضرورى للحصول على استجابات صادقة أن يفهم المفحوص المراد من العبارة وخاصة أن عنصر الفهم غير مقيس فى اختبارات الشخصية وأنه من الأهمية بمكان أن يفهم المفحوص المراد من العبارات الموجهة إليه حتى يحدد استجابته ، ولما كنا قد رأينا استخدام أسلوب التطبيق الفردى لأدوات البحث لذا فقد استخدمت صورة باللغة العامية للاختبار (١) وذلك بعد أن راجعها الباحث على الأصل العربى وقام باجراء التعديلات الآتية :

١ – إضافة العبارة رقم ٢٥٣ و ٣٧٥ لأنهما تدخلان فى العبارات الخاصة بالمقاييس .
٢ – تعديل صياغة العبارات أرقام ٦٩ ، ٧١ ، ٧٤ ، ٨٤ ، ١٠١ ، ١٦٨ ، ٢٢٣ ، ٢٥٢ ، ٢٥٨ ، ٢٩٤ ، ٣٠٧ ، ٣١٢ .

---

(١) صورة باللغة العامية اعداد د. سامى هنا .

٣ – تعديل صياغة العبارات المنفية والتى ثبت فى الدراسة المبدئية عدم قدرة المدمنين على فهمها وتحويلها إلى عبارات مثبتة مع مراعاة ذلك عند التصحيح وذلك مثل العبارة رقم ٣٧ التى كانت « ما وقعتش أبدا فى مشكلة بسبب الناحية الجنسية » ، وأصبحت « وقعت فى مشكلة بسبب الناحية الجنسية » وقد بلغ عدد هذه العبارات ٥٦ عبارة .

والاختبار بصورته العامية يتكون من ٤٠٠ عبارة هى تلك العبارات المصححة بالمفاتيح فقط (ملحق رقم جـ) .

وقد قام الباحث بدراسة لصدق استجابة الاختبار بالصورة العامية مع نظيره بالصورة العربية ، وذلك على مجموعة من طلاب كلية التربية جامعة الأزهر عددهم ٥٤ طالبا من طلاب السنة الثالثة وذلك بأن أجرى الاختباران معا مرتين ، فى المرة الأولى أعطيت نصف المجموعة النسخة العامية والنصف الآخر النسخة العربية ، وبعد أحد عشر يوما أجرى الباحث التطبيق الثانى بعد أن تم تبادل المجموعات للاختبارين . وقد قام الباحث بدراسة دلالة الفروق بين متوسطات الاختبارين على المقاييس الفرعية للاختبار مستخدما اختبار « ت » كما قام كذلك بحساب معامل الارتباط بين الاختبارين لكل مقياس من المقاييس الفرعية وذلك كما يوضحه الجدول رقم (١١) .

ويتبين من الجدول أن معاملات الارتباط عالية بدرجة كافية ودالة إحصائية ، بالإضافة إلى أن جميع قيم (ت) غير دالة إحصائية مما يؤكد أن الصورتين متكافئتان إلى حد كبير وأن التحويل إلى العامية لم يؤثر على ما يرمى إليه الاختبار الأصلى .

٧ – جلسات المناقشة الجماعية :

قام الباحث فى الفترة من ١-٤-١٩٧٥ إلى ٣٠-٦-١٩٧٥ بعقد ١٧ جلسة مناقشة جماعية مع ثمانى حالات من المدمنين ، وهذه الجلسات

جدول رقم (١١)

يبين قيمة المتوسطات والانحرافات المعيارية، وقيمة ت ومستوى دلالتها
وقيمة معاملات الارتباط لكل من الصورتين (العامية والعربية)
على المقاييس الفرعية لاختبار الشخصية المتعدد الأوجه

المقياس	النسخة العربية		النسخة العامية		ت	ر
	المتوسط	الانحراف المعيارى	المتوسط	الانحراف المعيارى		
ل	٥,٣١٤	٢,٢١	٦,٠٩٠	٢,٢٤	١,٥٦١	٠,٨٠٤
ف	١٢,٧١٤	٥,٢١	١١,٤١٤	٥,١٩	١,٢٨٨	٠,٨١٧
ك	٨,١١٥	٢,٣٠	٨,٧١٥	٢,٦٧	١,٢٤٠	٠,٨٣٣
هـ س	٩,٨٥٣	٥,٣٤	٨,٩٧٨	٥,٥٠	٠,٩٢٦	٠,٨١١
د	٢١,٠١٥	٤,٢٧	٢٠,٩٨١	٤,٣٣	٠,٠٤١	٠,٧٨٧
هـ ى	١٧,٥٢٣	٢,٦٧	١٨,٢٩٣	٢,٨٧	١,٤٣١	٠,٧٦٧
ب د	١٦,٠٠٠	٣,٣٥	١٥,٩٣٥	٣,٤٨	٠,٠٩٨	٠,٨٣١
م ف	٢٤,٣٥٠	١٠,٥٤	٢٢,٧٣٥	١٠,٩٥	٠,٧٧٣	٠,٨٣٢
ب أ	١٠,٥١٥	٢,٨٠	٩,٨٩٣	٢,٦٩	١,٣٥٥	٠,٨١١
ب ت	١٦,١٢٠	٦,٣٤	١٥,٠٩٤	٧,٠١	٠,٧٩٠	٠,٨٩٧
س ك	١٥,٣٥٨	٦,٧٣	١٧,٧١٤	٨,٠٨	١,٦٣٢	٠,٨٠٣
م أ	٢٢,١٣٠	٣,٥٢	٢٠,٩٣٢	٤,٢٨	١,٥٧٤	٠,٧٦٢
س ى	٢٥,٢٦٠	٧,٧٦	٢٢,٥١٥	٦,٧٧	١,٩٤١	٠,٧٩١

صورة أولية أو بدائية لجلسات العلاج الجمعى . كما أنها أقرب ما تكون إلى جلسات العلاج الجمعى المعروفة باسم جماعات المواجهة
(Encounter Group)

وقد قام الباحث بالتسجيل الصوتى لهذه الجلسات ، ثم تفريغ هذه الجلسات فى بطاقة أعدها لهذا الغرض ملحق رقم (د) وهى تشمل البنود الخمسة الرئيسية الآتية :

١ — الموضوع الرئيسى للجلسة .

٢ — أهم المناقشات التى حدثت بين أفراد الجماعة .

٣ – أسلوب التفاعل بين أفراد الجماعة (العدوان ، الغضب ، السلبية)
٤– النتائج التى انتهت إليها الجلسة .
٥ – تقويم القائم بالجلسة .

وقد أديرت هذه الجلسات بحيث كانت الحالات نفسها هى التى تتحدث وتناقش بعضها البعض ، واقتصر دورنا على التوجيه عندما كنا نجد أن موضوع المناقشة قد بدأ يتخذ مجالا غير الذى خصصت له وهو تاريخ الإدمان لدى الحالات .

وقد كانت خطة البحث على أساس إجراء ٢٠ جلسة مناقشة ، ولكننا لم نتمكن إلا من إجراء ١٧ جلسة فقط للأسباب الآتية :

١ – وجود عطلات رسمية فى أيام بعض الجلسات مما يتسبب عنه عدم إمكان حضور الحالات لوجود زوار لديهم .

٢ – اعتذار بعض الحالات أحيانا لظروفهم المرضية التى كانت لا تسمح لهم بمغادرة العنبر .

(ج) تصحيح الأدوات : –

١ – بالنسبة لاستفتاء ماسلو واختبار الذكاء واختبار الشخصية المتعدد الأوجه فقد تم تصحيحها طبقا للمفاتيح الخاصة بها .

٢ – بالنسبة لاختبار ساكس فقد قام الباحث باعطاء العبارات التى أكملها المفحوص فى الاتجاه الإيجابى إحدى ثلاث درجات هى (+ ٣ ، + ٢ ، + ١) وتعطى العبارة (+ ٣) عندما يكون الاتجاه الإيجابى للعبارة أقوى ما يكون ، ويعطى العبارة (+ ٢) عندما يكون الاتجاه الإيجابى متوسط القوة ، وتعطى العبارة (+ ١) عندما يكون الاتجاه الإيجابى أقل من المتوسط .

أما العبارات التى أكملها المفحوص بصورة سلبية فكانت تعطى أيضا إحدى ثلاث درجات (—٣ ، —٢ ، —١) وتعطى الدرجة (—٣) للعبارة عندما تكون فى أقصى الاتجاه السلبى ، (—٢) عندما تكون متوسطة السلبية ، (—١) عندما تكون ضئيلة السلبية . أما الدرجة (صفر) فقد أعطيت للعبارة المحايدة التى لا يمكن تصنيفها فى الاتجاه الموجب أو الاتجاه السالب .

وهذه الطريقة فى التصحيح تختلف عما قال به «ساكس» من إعطاء العبارات (صفر) أو (١) أو (٢) ، فتعطى الدرجة (٢) إذا أظهرت العبارة سوء توافق حاد ، والدرجة (١) لسوء التوافق المتوسط ، والدرجة (صفر) عندما لا تكشف العبارة عن سوء توافق .

والتصحيح كما قام به الباحث يقوم على أساس أن متصل (التوافق ـ سوء التوافق) هو متغير ذو قطبين ، ولما كانت هناك درجات من سوء التوافق فان هناك أيضاً درجات من التوافق ولا يحق لنا أن نجمل التوافق كله فى درجة واحدة مقابل تصنيفات لسوء التوافق .

وقد تم تقدير العبارات ثلاث مرات عن طريق ثلاثة محكمين من طلاب الدراسات العليا فى علم النفس ، ثم حسبنا متوسط التقدير لكل عبارة . وقد أضيف إلى المتوسط الدرجة (٤) حتى تتفادى الإشارات السالبة وعلى ذلك تكون أكبر قيمة للعبارة هى (٧) وأقل قيمة هى (١) .

٣ — بالنسبة لاختبار تفهم الموضوع فقد قام الباحث بتحليل القصص التى حصل عليها باستخدام طريقة بلاك .

٤ — تم تفريغ بيانات جلسات المناقشة الجماعية واستمارة المقابلة فى جداول خاصة بذلك .

(د) صدق وثبات الأدوات : -

١ - بالنسبة لاستفتاء ماسلو فقد اعتمدنا على الدراسة التى قام بها بحثنا للماجستير (فاروق عبد السلام ١٩٧٣) التى تبين فيها أن ثبات الاستفتاء عال ويمكن الاعتماد عليه ، فقد تراوح معامل الثبات ما بين ٧٦٣ ، ٠,٩٤٧ كذلك بلغ معامل الصدق فى الدراسة التى قام بها (أحمد سلامة ١٩٧٤) ٠,٧٦٨ .

٢ - بالنسبة لاختبار الذكاء فقد اعتمد الباحث على النتائج التى أوردها أحمد زكى صالح (١٩٧٢) من أن الاختبار له معامل ثبات وصدق عال ، إذ تراوح معامل الثبات بأسلوب التجزئة النصفية ما بين ٠,٧٥ ، ٠,٨٥ ، كما أن معاملات الصدق المختلفة تراوحت ما بين ٠,١١٧ ، ٠,٦١٠ .

٣ - بالنسبة لاختبار الشخصية المتعدد الأوجه فقد اعتمد الباحث على الدراسات الرائدة الممتازة التى أجراها لويس كامل (١٩٥٩) التى تبين فيها أن للاختبار معامل ثبات وصدق لا بأس به ، إذ يتراوح معامل ثباته من ٠,٧١ إلى ٠,٨٣ كذلك فقد تبين الصدق العملى للاختبار وقدرته على التمييز .

٤ - بالنسبة للأدوات الاسقاطية (اختبار تفهم الموضوع ، واختبار ساكس) فان مفهوم الصدق والثبات من المفاهيم التى لا نستطيع أن نطبقها كما هى فى الاختبارات الموضوعية ، فهذه المشكلة - مشكلة الثبات والصدق - من المشكلات التى تواجه الاختبارات الاسقاطية بعامة . كذلك اختلفت النتائج التى توصل إليها الباحثون حول ذلك ، كما اختلفت أساليبهم فى حساب كل من الثبات والصدق .

وعلى الرغم من ذلك فان التفسير الاكلينيكى لا يتم جزافا أو خبط عشواء وإنما يتم على أسس علمية يذكر الباحث منها ما أورده مخيمر (صلاح مخيمر ١٩٦٨) :

(أ) مبادىء أساسية ، هى :

١ ـ وفرة المعلومات: ومعناه أنه كلما زادت المعطيات زادت درجة الاحتمال أو اليقين فى التفسير .

٢ ـ التكامل: ويعنى أن المعطيات المجموعة ينبغى أن تنتظم ضمن البنيان الكلى للشخصية .

٣ ـ الاقتصاد: ويعنى أن ما يتيح تفسير أكبر عدد من الوقائع بأقل عدد من الفروض هو أكثر التأويلات قبولا .

(ب) مبادىء ثانوية ، هى :

١ ـ الخصوبة: ومعناه أن التفسير الذى لا يأتى بجديد يستنطق به الوقائع لا قيمة له .

٢ ـ الانتظار: وهذا يعنى أن التفسير عبارة عن حكم موقت مبدئى وعلى القائم بالتفسير أن يكون فى حالة انفتاح عقلى تتيح له أن يعدل تفسيره إذا ثبت ما يدعو إلى ذلك .

٣ ـ التقاء الوقائع : ومعناه أن التفسير الذى ترتد إليه الوقائع الواردة فى الأحلام مثلا ينبغى أيضاً أن يفسر لنا الوقائع المماثلة فى أنواع السلوك الأخرى .

وقد اتبع الباحث عند تحليله لقصص تفهم الموضوع ، ولاستجابات اختبار ساكس الطريقة الكمية الاحصائية مستخدما طريقة بلاك فى تحليل قصص اختبار تفهم الموضوع ، وأسلوبا كميا لتحليل عبارات اختبار ساكس.

ثالثاً : الإجراء

(أ) الدراسة المبدئية :

كان الهدف من الدراسة المبدئية هو الآتى :

١ ــ التعرف على إمكانية إجراء البحث بعامة فى المصحة النفسية بالخانكة (١).
٢ ــ التعرف على إمكانية مقابلة الحالات فى أوقات محددة هى يوم الدخول ، وبعد أسبوع من الدخول ، وقبل الخروج مباشرة (٢) .
٣ ــ التعرف على مدى صلاحية الأدوات للتطبيق على الحالات .
٤ ــ التعرف على المعدل الشهرى لدخول الحالات للعيادة الداخلية للإدمان .

وقد عقد الباحث مع ثلاث حالات مقابلات غير مقيدة أفاد منها فى تصميمه استمارة المقابلة ، كذلك قام الباحث بتطبيق أدوات البحث جميعها على حالتين أخريين ، وذلك بقصد التعرف على ما قد يثار من مشكلات عند التطبيق . ونتيجة لما أسفر عنه ذلك فان الباحث أخذ بالآتى :

(أ) أن يكون أسلوب التطبيق فرديا .

(ب) أن تكون صياغة الأدوات باللغة العامية نظرا لأن المستوى التعليمى للحالات التى قابلها الباحث كان يميل إلى الانخفاض ، كذلك فانه مما دعم ذلك الاتجاه لدى الباحث اطلاعه على سجل الدخول للحالات بالمستشفى الذى يحتوى على بعض البيانات الأساسية عن المدمنين والذى اتضح فيه أن معظم المدمنين ينتمون إلى مستوى تعليمى منخفض .

(ج) أن تكون المقابلة من النوع المقيد حتى تكون أكثر موضوعية ، وحتى تتساوى جميع الحالات فى المجالات والأسئلة التى تحتوى عليها المقابلة مما يجعل نتائج البحث أكثر تحديدا ، كما يتيح الفرصة لمن

---

(١) اقتضى ذلك استصدار موافقة الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء .
(٢) تلقى الباحث كل معونة ومساعدة ممكنة من جميع المسئولين عن دار الصحة النفسية بالخانكة .

يريد أن يعيد هذه الدراسة أو دراسة مشابهة أن يستند إلى الأداة المستخدمة فى هذه الدراسة .

بالنسبة للبند الرابع فقد تبين للباحث من واقع سجلات الدخول أن متوسط عدد الحالات التى تدخل للعلاج من الإدمان شهريا ١٢ حالة تقريبا ومعظم هذه الحالات للعلاج من إدمان الأفيون والحالات الباقية هى حالات إدمان كحول أو منبهات أو حشيش ، ويعد المتوسط الشهرى لحالات إدمان الأفيون ٨ حالات شهريا تقريبا .

(ب) إجراءات البحث الحالى : ـــ

قام الباحث بتطبيق أدوات البحث على جميع حالات إدمان الأفيون ومشتقاته التى وردت إلى المصحة النفسية بالخانكة فى الفترة من ١ ـ ١٠ ـ ٧٤ إلى ٣١ ـ ٣ ـ ١٩٧٥ أى الحالات التى وردت إلى المصحة فى نصف عام ، وقد تطلب ذلك تطبيق أدوات البحث فى الفترة من ١ ـ ١٠ ـ ١٩٧٤ إلى ٣٠ ـ ٦ ـ ١٩٧٥ . وذلك على النحو التالى :

١ ـــ تطبيق أدوات البحث جميعها عند الدخول .

٢ ـــ تطبيق أدوات البحث عدا استمارة المقابلة بعد أسبوع من التطبيق الأول .

٣ ـــ تطبيق أدوات البحث عدا استمارة المقابلة بعد عشرة أسابيع من التطبيق الأول .

٤ ـــ قام الباحث فى الفترة من ١ ـ ٤ ـ ١٩٧٥ إلى ٣٠ ـ ٦ ـ ١٩٧٥ بعقد ١٧ جلسة مناقشة جماعية مع ثمانى حالات .

وقد تم التطبيق الأول فى اليوم الأول والثانى من الدخول لست وعشرين حالة ، وفى اليوم الثانى والثالث لثلاثة عشر حالة ، وفى اليوم الرابع والخامس

لثلاث حالات تعذر مقابلتها عند الدخول لتعاطيها كميات كبيرة من الأفيون قبل الدخول ، وقد انقضت الأيام الثلاثة الأولى لها وهى فى غيبوبة تامة :

وتعد الأيام الثلاثة الأولى مساوية للحظة الدخول للأسباب الآتية :

١ ـ أن أعراض الانسحاب لا تبدأ فى الظهور إلا بعد انتهاء تأثير المخدر الذى يستمر فى بعض الحالات إلى ٤٨ ساعة ،
٢ ـ أن نسبة ساحقة من المدمنين تتعاطى كميات أكبر مما تدمنه قبل الدخول مباشرة .

أما التطبيقان الثانى والثالث فقد تما فى المواعيد المحددة لهما .

كذلك فان جلسات المناقشة الجمعية تمت فى الفترة المحددة لها بمعدل مرتين أسبوعيا (يومى الاثنين ، الخميس) لمدة ساعتين فى الجلسة الواحدة .

كما قام الباحث بعقد ثلاث مقابلات حرة مع خمس حالات من ضمن عينة البحث بقصد التعرف التفصيلى لتاريخهم الأسرى والشخصى ، وهذا ما سنعرضه فى الجزء الخاص بدراسة حالات بعض المدمنين .

الفصل السابع

نتائج البحث

- المقابلة الشخصية .
- اختبار الشخصية المتعدد الأوجه
- اختبار ماكس .
- اختبار تفهم الموضوع .
- استفتاء ماسلو .
- اختبار الذكاء .
- جلسات المناقشة الجمعية .

نعرض فيما يلى للنتائج التى حصلنا عليها من تطبيق الأدوات المختلفة التى استخدمت فى هذه الدراسة ، وذلك على النحو الآتى :

- وصف النتائج .
- التحليل الإحصائى لها .
- العلاقات الاحصائية بينها .

(١) استمارة المقابلة :-

(أ) خبرة إدمان الأفيون كما قررتها حالات البحث :

١ - ظروف تعاطى الأفيون لأول مرة :

قرر أفراد عينة البحث العديد من الظروف التى أدت إلى تعاطيهم الأفيون لأول مرة على نحو ما يتبين من الجدل رقم (١٢) ..

جدول رقم (١٢)

يبين الظروف المختلفة التى تعاطى فيها المدمن الأفيون لأول مرة

البيـان	التكرار	النسبة المئوية
١ - وصفة من زملاء العمل لأجل زيادة النشاط وزيادة الإنتاج .	١٣	٣١
٢ - عزومة من الاصدقاء .	٩	٢١,٤
٣ - وصفة علشان الناحية الجنسية	٨	١٩,١
٤ - وصفة للعلاج من الإسهال والصداع .	٥	١١,٩
٥ - حب استطلاع .	٣	٧,١
٦ - سهرة فى فرح .	٣	٧,١
٧ - من كثرة التعب الجسمى وأنا فى الخدمة العسكرية عن طريق بعض المجندين .	-	٢,٤

ويتبين من الجدول بعامة تأثير جماعات الاقران وانتشار الأفكار غير الصحيحة عن العقار مع وجود الاستعدادات الشخصية المناسبة التى تجعل الفرد يستجيب لمثل هذه الضغوط الاجتماعية ، وتتفق نتائج هذا الجدول إلى حد كبير مع النظرة الطبية الوبائية للإدمان التى تقول أن وجود ملمن واحد فقط فى حد ذاته يشكل خطورة كبيرة شأنه فى ذلك شأن المصاب بمرض وبائى (EPDEMIC) الذى تكمن خطورته فى نقل الوباء لمن له أدنى استعداد لذلك ، وقد اتضح للباحث وجود هذه الاستعدادات لدى المدمنين إذ أنهم قرروا عند سؤالهم : « إيه اللى خلاك تاخد الافيون فى المناسبة دى ؟ » باجابات متعددة يحددها الجدول رقم (١٣) .

جدول رقم (١٣)

يبين الأسباب التى دعت مدمنى الأفيون لتعاطيه أول مرة

البيـان	التكرار	النسبة المئوية
١ – القدرة على تحمل متاعب العمل .	١٥	٣٥,٧
٢ – مجاراة الأصدقاء أو صاحب العمل أو الأقارب .	١١	٢٦,٢
٣ – التنشيط الجنسى وعدم القذف بسرعة .	٨	١٩
٤ – التخلص من آلام مرضية .	٥	١١,٩
٥ – لأنه أقوى من أى مخدر تانى .	٣	٧,٢

ويتبين من الجدول أن الأسباب التى ذكرها المدمنون تعبر عن معتقدات خاطئة يؤمنون بها مع ضغوط جماعات الأقران ، معتقدات تحقق –ظاهريا– التخلص من الآلام وإعطاء الإحساس بالقدرة والاقتدار .

كذلك دلت النتائج التى حصل عليها الباحث أن هؤلاء المدمنين يتميزون بالسلبية والانصياع للجماعة ، فعند سؤالهم عن السبب فى اختيار الأفيون بالذات قررت نسبة كبيرة تبلغ ٧٣,٨ ٪ منهم أنهم لم يختاروه وإنما تعاطوه بناء على نصيحة الأصدقاء أو الأقارب أو « الزباين » ، بينما

قرر الباقون أسبابا تعد أيضاً امتدادا لهذا السبب ، فقد قالوا : « بمعرفته من الآخرين أنه مفيد للناحية الجنسية ، وأن الافيون سلطان المخدرات ، وأن مزاجه لا يعلو عليه » . وهي كلها معتقدات وأفكار خاطئة مستقاة من الآخرين . وتتسق هذه النتائج التي حصلنا عليها مع النتائج التي قالت بأن المدمن عموما يعاني من اضطرابات في الشخصية مع نمط اتكالي سلبي للسلوك.

٢ - العمر الزمني عند التعاطي وعند الإدمان : —

تبين للباحث أن متوسط سن المدمن عند بدء تعاطيه الافيون هو ٢٤,٤ سنة بانحراف معياري قدره ٣,٩٤ ، وأن متوسط السن عندما أحس أنه لا يستطيع الاستغناء عنه أي إدمانه هو ٢٧,٢ سنة بانحراف معياري قدره ٥,٦٢ .

ومما ساعد على كبر قيمة التباين الخاص بالعمر الزمني عند الإدمان ما قررته الحالات نفسها عن عدد المرات التي تعاطت فيها الافيون والتي اكتشفت بعدها أنها لا تستطيع الاستغناء عنه ، فقد تبين أن ٣٥ حالة بنسبة ٥٩,٥ ٪ قد قررت أنها تبينت ذلك بعد عدد من المرات يتراوح بين ٣ إلى ٣٠ مرة ، أما بقية الحالات فقد قررت أنها قد تبينت الإدمان بعد فترة أكثر من ذلك بكثير إذ وصلت في خمس حالات منها إلى ثلاث سنوات من التعاطي غير المنتظم .

وقد يكون ذلك راجعا إلى الاختلاف في الارجاعات الفسيولوجية حيال العقار ، أو إلى درجة الاضطراب في الشخصية أو إلى طبيعة الخبرة الأولى في تعاطي العقار أو إلى كل ذلك معا .

٣ — خصائص التعاطي : —

قرر ٨٥,٧ ٪ من المدمنين أنهم يتعاطون جرعاتهم بصورة منتظمة وفي أوقات محددة بينما قرر الباقون أنهم لا يلتزمون بوقت محدد للتعاطي . أما عدد المرات اليومية للتعاطي فان الجدول رقم (١٤) يبين ذلك .

جدول رقم (١٤)

يبين عدد المدمنين ونسبتهم المئوية حسب عدد المرات اليومية للتعاطى

عدد المرات	التكرار	النسبة المئوية
١	٧	١٦,٧
٢	١٩	٤٥,١
٣	١٣	٣١
٤	٢	٤,٨
غير محدد	١	٢,٤

ويتضح من الجدول أن من يتعاطون الافيون مرتين وثلاث مرات يوميا تبلغ نسبتهم ٧٦ ٪ من مجموع العينة ، أما الحالة الوحيدة التى لم تحدد عدد مرات التعاطى فهى حالة خاصة إذ كان يعمل صاحبها وزان مخدرات لدى أحد تجار منطقة الباطنية وكان دائم التعاطى للافيون .

وعادة ما يتبع المدمنون أساليب مختلفة فى تعاطى الأفيون ، ويبين الجدول رقم (١٥) توزيع أفراد العينة حسب أسلوب التعاطى عند بداية الإدمان والأسلوب الحالى .

جدول رقم (١٥)

يبين توزيع المدمنين حسب أسلوب التعاطى
عند بداية الإدمان والأسلوب الحالى للتعاطى

البيان	عند بداية التعاطى		عند دخول المصحة	
	العدد	٪	العدد	٪
استحلاب	١٥	٣٥,٧	١٤	٢٧,٥
البلع	١٧	٤٠,٥	٨	٣٣,٣
الإذابة فى الشاى	٨	١٩	١٧	١٥,٧
الأكل	—	—	٣	٥,٩
الحقن	٢	٤,٨	٩	١٧,٦

وقد تبين لنا أن هناك بعض المدمنين يستخدمون أكثر من طريقة للتعاطى ، كما أن الأسلوب الشائع هو التعاطى الفمى بمختلف أشكاله إذ تبلغ نسبته عند بداية التعاطى ٩٥,٢ ونسبته الحالية ٨٢,٤ ٪ ، أما التعاطى الوريدى فيشكل نسبة ٤,٨ ٪ عند بداية التعاطى ، بينما يشكل نسبة ١٧,٦ ٪ فى التعاطى الحالى . أى أن هناك ميلا لزيادة نسبة التعاطى الوريدى كلما زادت مدة الإدمان . وقد يكون ذلك راجعا إلى أن الاطاقة من الوجهة السيكولوجية البحتة لا تعنى المزيد من كمية العقار فقط ، ولكن الحصول على تأثيره بأسرع ما يكون ، ولما كان الحقن الوريدى أسرع فى تأثيره من التعاطى عن طريق الفم والقناة الهضمية فان المدمنين يميلون إلى تغيير أسلوب التعاطى الحصول على تأثير العقار فى أقل فترة زمنية ممكنة .

كذلك تبين لنا أن هناك ٥٤,٨ ٪ من أفراد العينة استخدموا أكثر من طريقة للتعاطى ، أما الباقى فلم يستخدموا إلا طريقة واحدة ، وعند السؤال عن أكثر الطرق فاعلية لتعاطى الأفيون أجابت نسبة ٩٥,٢ ٪ من أفراد العينة بأنها الطريقة التى تستخدمها ، أما النسبة الباقية فقد قالت بأن كل الطرق سواء .

ونرى فى ذلك مؤشرا لنمطية السلوك وجموده لدى المدمن ، فهو يرى فيما يفعله أنه أفضل سلوك ممكن .

وقد تبين لنا بأن الوقت المفضل(١) لتعاطى الأفيون هو الصباح وذلك كما يبينه الجدول رقم (١٦) .

---

(١) ومما قالوه فى هذا الصدد :

– أبقى صاحى الصبح زهقان وقرفان من عيشتى ومفيش حاجة تصلحنى غير حتة الأفيون.

– من خوفى من اللى بيحصل لى الصبحية معرفش أنام إلا وحتة الأفيون تحت دماغى .

– فيه فرق كبير قوى بين ما أقوم من النوم وبين ما أخد حتة الأفيون ، من بنى آدم مالهوش نفس لحاجة لبنى آدم عادى .

جدول رقم (١٦)

يبين التوزيع التكرارى والنسبة المئوية للمدمنين
حسب الوقت الذى يفضلون فيه تعاطى الأفيون

الوقت	التكرار	النسبة المئوية
الصباح	٣٠	٧١,٤
الظهر	٣	٧,١
بعد العصر	٤	٩,٥
بعد المغرب	١٦	٣٨,١
فى أى وقت	٤	٩,٥

كما يتبين من الجدول أن الوقت الآخر الذى يلى الصباح تكرارا هو المساء عموما ، إن المدمن لا يستطيع أن ينام بدون المخدر كما أنه لا يستطيع أن يزاول نشاطه بدون المخدر . ولقد تبين لنا من واقع مقابلاتنا مع المدمنين أنهم عادة ما يعانون فى الصباح من مشاعر اكتئابية حادة .

وعلى ذلك تكون نتيجة هذا الجدول متسقة مع الواقع التعس الذى يعيشونه .وعن دورة الإدمان التى تبدأ مع الصباح للتخلص من الاكتئاب وفى المساء حتى يستطيعوا النوم ليقوموا فى الصباح التالى بنفس مشاعر الصباح السابق وهكذا ..

وهذه الدورة الإدمانية تزيد لديهم مرضيتهم ، إذ تجعل نظام حياتهم نظاما ذاتيا مغلقا ، ويؤكد ذلك أن ٩٧,٦ ٪ قد قرروا أنهم يفضلون تعاطى الأفيون وحدهم(١)معللين ذلك بأسباب متعددة يبينها الجدول رقم (١٧) .

---

(١) ويعرض الباحث نماذج لهذه الأسباب كما وردت على لسانهم :
« علشان الكلام والفضايح من الناس ، لأن محدش عاوف إنى أفيونجى غير مراقى ، لأن الناس بتحتقر الأفيونجى ، دائما ماحبش أبين عيوبى قدام الناس لأنى بابلمه وماحبش حد يشوفنى ، لأنه كيف وحدانى لأنه مايحبش شريك ، ماينفعش ليه قاعده زى قعدة الحشيش ، أخاف أقعد مع حد يقوم معرفش اتحكم فى اللى باخده » .

جدول رقم (١٧)

يبين الأسباب التى تدعو المدمنين لتعاطى الأفيون وحدهم

الأسباب	التكرار	النسبة المئوية
الخوف من الآخرين	٢٥	٦١
الأفيون يحب الوحدة	١٢	٢٩,٣
التحكم فى الكمية	٤	٩,٧

وتبين هذه الأسباب الميل للانعزالية الذى يتميز به المدمن والذى يحرص دائما عليه .

٤ - تأثير الأفيون على المدمن :

بينت النتائج وجود فروق كبيرة بين أفراد العينة من حيث بداية تأثير الأفيون عليهم بعد تعاطيهم ، وقد بلغ المتوسط الحالى للفترة الزمنية التى يبدأ فيها تأثير العقار ١١,٦ دقيقة بانحراف معيارى قدره ١٨,٥٧ . أما هؤلاء الذين يتعاطون الأفيون عن طريق الحقن فقد قرروا أنهم يشعرون بهذا التأثير فور الحقن مباشرة فيما عدا حالة واحدة قررت أن تأثير الحقن لا يظهر قبل عشر دقائق . وهذه النتائج تتفق إلى حد كبير مع الدراسات التى توافرت على بيان الفترة الزمنية اللازمة للاحساس بالمخدر بعد تعاطيه عن طريق الفم . (Coleman 1972)

وقد حدد المدمنون الآثار الجسمية والنفسية التى يسببها تعاطى العقار وذلك على النحو التالى :

(أ) بالنسبة للآثار الجسمية : ارتفاع فى درجة الحرارة ، والنشاط والحيوية غير العادية ، التنميل فى الرأس ، والقضاء على كل الآلام الجسمية ، وإطالة الوقت فى العملية الجنسية ، والأكلان فى كل الجسم يستدعى الهرش وزيادة قوة احتمال العمل ، النشاط الزائد الذى يعقبه الخمول .

(ب) الآثار النفسية : وهى الشعور بالسعادة ، الإحساس بالراحة ، ونسيان كل الهموم ، وزيادة الثقة فى الناس ، والهروب من المشاكل الخاصة ، والإحساس بالجرأة وراحة المال والإحساس بالفرح والرغبة فى المزيد من المخدر .

وتتفق هذه النتائج مع ما كتب عن الآثار الجسمية والنفسية للأفيون على المدمن .(Rotter 1967)

وتنتهى هذه الآثار بعد فترة زمنية بلغ متوسطها ، ، كما قرر المدمنون ، ٩,٤ ساعة بانحراف معيارى قدره ٧,٢٣ ، ومدى مطلق ٢٠ ساعة ٤ — ٢٤ ساعة . وانتهاء أثر العقار من جسم المدمن له العديد من العوامل التى تحدده ، فالتاريخ الإدمانى بعامة والعوامل الموقفية بخاصة من أهم العوامل المعجلة أو المؤجلة لتأثير العقار ، ذلك لأن التأثير النفسى للعقار عادة ما يكون أطول فى فترته الزمنية من التأثير الفسيولوجى .(Jaffe 1956)

٦ — خبرة الانقطاع عن الأفيون :

قرر ٩٠,٥ ٪ من أفراد العينة أنهم حاولوا الانقطاع عن الأفيون سواء عن طريق الأطباء والمصحات أم بالأسلوب الذاتى ، وقد كان متوسط عدد مرات الانقطاع ٤ مرات بانحراف معيارى قدره (٢,٧٩) ومدى مطلق قدره ٩ مرات (١ — ١٠) .

وبلغت أكبر مدة انقطاع خمس سنوات ، وأقل مدة انقطاع أربعة أيام .

ويعد ارتفاع سعر الأفيون والتدهور الصحى للمدمن من أكثر الأسباب شيوعا للانقطاع عن الأفيون فى كل مرات الانقطاع إذ تبلغ نسبتهما ٧٦,٢ ٪ أما الأسباب الأخرى فنذكر منها :

(أ) أخذت عهد على نفسى .
(ب) اتضايقت من نفسى .
(ج) عدم انتظامى فى العمل .
(د) رؤيتى لغيرى من المدمنين فى حالة وحشة .
(هـ) قام المدير بتوبيخى على الإدمان .

وتعد هذه النتائج المتعلقة بأسباب الامتناع من النتائج التى تجذب الانتباه ، فنحن حيال شخصية مضطربة لم تفكر فى الاقلاع إلا بعد أن استنفدت كل مصادر الحصول على الأفيون . وذلك كما بينت نتائج البحث من أن المدمن يبيع كل ما يملك من أغراضه الشخصية وحاجات بيته ، بل وقد يضطر إلى النصب والاحتيال على من يعرفهم ، مضافا إلى ذلك التدهور الصحى العام الذى يصاحب زيادة الكميات المتعاطاة يوميا والذى ينتج عنه أن يصبح المدمن نوعا من الكائنات الحية الباحثة عن العقار فقط دون أى اهتمام بأى مسألة شخصية أخرى من قبيل النواحى الغذائية أو الصحية ، إذ أن الأفيون يرضى له كل الدوافع ويشبعها .

ونتيجة للانقطاع عن الإدمان يخبر المدمن العديد من أعراض الانسحاب الجسمية والنفسية ، كان أكثرها شيوعا ما يلى :

(أ) الأعراض الجسمية : آلام شديدة فى الرأس — عدم القدرة على الرؤية — التثاؤب الكثير — زيادة الدموع — رشح من الأنف— العرق الغزير — الإسهال — آلام ونشر فى العظم وبخاصة فى الرجلين — القىء — نوبات ربو مصحوبة بنزيف — القذف الجنسى السريع — عدم القدرة على أداء العمل — فقدان الشهية للطعام .

(ب) الأعراض النفسية : عدم القدرة على التركيز — العصبية — الفزع والهلاوس — الاحلام المزعجة — عدم القدرة على النوم — الإحساس بالموت — الإحساس بوجود روائح غريبة .

كل هذه الأعراض تتسق مع ما كتب عن أعراض الامتناع عن العقار . وما يهمنا هنا مسألتان أساسيتان ، الأولى أنه قد تبين لنا أن أعراض الامتناع فى المرات التالية على المرة الأولى أخف وطأة من أعراض الامتناع بالنسبة للمرة الأولى وذلك على نحو ما قرر ٨٨,١ ٪ من أفراد العينة .

والثانية أن أعراض الامتناع تقوم بمثابة مدعم للاستمرار فى الإدمان إذ يبدو أن استمرارهم فى الإدمان راجع فى بعض نواحيه إلى تحاشى أعراض الامتناع وما يصاحبها من آلام مبرحة .

كذلك فان هذه النتائج تتسق مع ما وجدناه عند التعرض لأسباب العودة إلى الإدمان وذلك كما يبنها الجدول رقم (١٨) .

جدول رقم (١٨)

يبين الأسباب التى أدت إلى العودة إلى الإدمان

الأسباب	التكرار	النسبة المئوية
الآلام الجسمية الناتجة عن الانقطاع	٢٣	٣٩,٨
سرعة القذف	٢٤	٢٨,٩
عدم القدرة على أداء العمل	١١	١٣,٣
الاتصال ببعض المدمنين	٦	٧,٢
حدوث مشكلات أسرية	٥	٦
انخفاض سعر الأفيون	٤	٤,٨

ويتبين من الجدول أن آثار الانقطاع فى مجموعها (الثلاثة أسباب الأولى) تشكل ٨٢,٠ ٪ من أسباب العود إلى الإدمان .

كما أننا وجدنا أن هناك بعض المدمنين يقعون فى دائرة الانقطاع عن المخدر ثم العودة إليه وذلك بسبب الناحية الجنسية ، وذلك أن كثرة المداومة على إدمان الأفيون تؤدى إلى ارتخاء جنسى تام عند المدمن مما يجعله ينقطع عن الأفيون فترة يستعيد فيها قدرته الجنسية ، وعند استعادته لقدرته الجنسية يكون سريع القذف وهذا يجعله يعاود تعاطى العقار .. وهكذا .

ولسنا ندعى أن الدافع الوحيد لأصحاب هذه الدائرة هو الدافع الجنسي ولكننا نقول أن هذا الموقف بالنسبة لهم هو الموقف ذو السيادة بالإضافة إلى العديد من الاضطرابات الشخصية والسلوكية الأخرى .

وقد بينت نتائج البحث أيضاً أن المدمن إذا تعرض لخبرة عدم توافر الأفيون لأى سبب من الأسباب كعدم وجود البائع أو لعدم وجود نقود معه فان أعراض الامتناع التى سبق أن ذكرناها تظهر عليه بشدة أكثر وبصورة

حادة ويتحول المدمن ساعتها بكليته إلى التفكير فى الحصول عليه فقط أو يصبح متوجها أفيونيا «Opium Oriented» فهو قد يبيع حاجاته الشخصية وقد يبيع حاجات منزله ، وقد ينصب وقد يقترض فى سبيل الحصول على الأفيون .

وعادة ما يبدأ المدمن فى التفكير فى عواقب سلوكه – كما بينت نتائج البحث – بعد الحصول على العقار وبعد أن يأمن هو نفسه . وحتى هذا التفكير يبدو أنه من نوع الأخيلة والأوهام إذ سرعان ما يزول بمجرد أن يبدأ المدمن فى البحث عن الجرعة التالية .

٧ – العقاقير الأخرى التى يتناولها المدمن : –

(أ) العقاقير القابلة للإدمان :

قرر ٤٧,٦ ٪ من أفراد العينة أنهم لا يتعاطون أية عقاقير أخرى غير الأفيون ، وقد قرر ٢٣,٨ ٪ استخدام عقار آخر بالإضافة إلى الأفيون ، وقرر ١٦,٧ ٪ استخدام عقارين ، ٩,٥ ٪ استخدام ثلاثة عقاقير ، ٧,١ ٪ استخدام أربعة عقاقير .

والعقاقير الأخرى التى يستخدمها المدمنون هى من نوع المنبهات مثل الريتالين والبنزدرين ، أو من نوع المهدئات مثل الالفاكامفين ، الكودين ، الدوفر أو الكحوليات أو الحشيش . ويبين الجدول رقم (١٩) توزيع العقاقير الأخرى حسب نسبة استخدامها .

جدول رقم (١٩)
يبين توزيع العقاقير الأخرى حسب نسبة استخدامها

البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
المهدئات	١٩	٣٩,٦
الحشيش	١٣	٢٧,١
المنبهات	٩	١٨,٧
الكحوليات	٧	١٤,٦

فاذا أخذنا فى الاعتبار أن المهدئات والكحوليات والحشيش لها نفس الأثر المهبط على الجهاز العصبى المركزى وأنها بعامة تشبه تأثير الافيونيات فان نسبة ٨١،٣ ٪ ممن يتعاطون عقاقير أخرى تكون هذه العقاقير فى نفس المسار الأفيونى ، أما النسبة الباقية وهى ١٨،٧ ٪ فانهم يتعاطون عقاقير ذات أثر معاكس إذ أن تأثيرها الأساسى هو التنبيه . وجدير بالذكر أن تعاطى العقاقير المهدئة والمنبهة معاً معروف فى الحضارة الغربية باسم (Sitting — up)

وإذا كان النمط الإدمانى الآخذ فى الازدياد عالميا هو نمط المدمن المتعدد العقاقير فاننا نستطيع القول ان ذلك النمط موجود فى البيئة المصرية ذلك أن ٥٢،٤ ٪ من مدمنى البحث يعدون متعددى الإدمان . وهذا كما سبق القول يشكل مشكلة علاجية وتأهيلية وتفسيرية لظاهرة الإدمان . ولكننا على الرغم من ذلك نجد أن تعدد العقاقير فى البيئة المصرية راجع إلى الارتفاع المستمر لسعر الافيون ذلك الأرتفاع الذى جعل المدمن يلجأ إلى الحبوب المنومة التى تصرف من الصيدليات وإلى أدوية الكحة التى تحتوى على نسبة ضئيلة من الكودين إلى الحد الذى جعل بعض الحبوب والأدوية المتاح الحصول عليها أصبحت عقاقير إدمان . فالأفيون إذن هو العقار ذو السيادة وفى حالة تعذر الحصول عليه فان المدمن يبحث عن العقار الذى يكون له تأثير مشابه للأفيون ، ويذكر الباحث أن هناك حالتين أحدهما لجأ إلى الأسبرين وكان يتعاطى من ٣٠ — ٤٠ قرصا يوميا ، والآخر لجأ إلى الاوبتاليدون وكان يتعاطى ١٠ أقراص يوميا .

(ب) العقاقير غير القابلة للإدمان :

بينت النتائج أن ٧٦،٢ ٪ من عينة البحث كانوا يدخنون قبل إدمانهم الافيون ، وقد ذكر ٩٢،٩ ٪ منهم أن تدخينهم قد زاد بعد الإدمان ، ذلك أن متوسط التدخين اليومى قبل الادمان كان ١١ سيجارة يوميا أصبح بعد الادمان ٣٧ سيجارة يوميا . كذلك فانمن هؤلاء من يدخنون النارجيلة (الشيشة أو الجوزة) . وكان متوسط تعاطيهم قبل الادمان ٤ مرات يوميا أصبح بعد الإدمان ١٧ مرة يوميا . كما أن هناك حالة واحدة انتقلت من تدخين السجاير إلى النارجيلة .

كذلك فان ٤٧,٦ ٪ من الحالات قررت أنها تشرب الشاى فقط ، ٥٠ ٪ من الحالات قررت أنها تشرب الشاى والقهوة ، بينما قررت حالة واحدة أنها لا تشرب الشاى أو القهوة .

ويبلغ متوسط عدد مرات شرب الشاى أو القهوة يوميا ١٢ مرة بالنسبة للشاى ، ٩ مرات بالنسبة للقهوة .

يصحب تعاطى الأفيون وإدمانه إذن زيادة فى التدخين وزيادة أيضاً فى تعاطى الشاى والقهوة . وهذه النتيجة تبدو متناقضة ظاهريا ، فالتدخين له أثر انهباطى بينما الشاى والقهوة لها أثر تنبيهى .

وقد يرجع ذلك إلى بعض المعتقدات الخاطئة من قبل المدمنين حول دور الشاى والقهوة والتبغ فى زيادة تأثير الأفيون على الجسم ، كما أن ذلك قد يثير تساؤلا حول طبيعة العلاقة الفارماكولوجية بين النيكوتين والكافيين من جهة والأفيون من جهة أخرى .

نحن إذن أمام شخصية تدمن عقارا له سيادة هو الأفيون بالإضافة إلى العديد من العقاقير المصاحبة ذات الطبيعة المسايرة للأفيون أو المعاكسة له .

(ب) آثار الأفيون كما يقررها المدمن :

١ - التأثير الإدراكى :

قرر ٨٣,٣ ٪ من المدمنين أنهم يشعرون بمرور الوقت بسرعة وهم تحت تأثير المخدر بينما قرر ١١,٩ ٪ أنه يمر بصورة عادية ، وقرر ٤,٨ ٪ أن الوقت يمر ببطء .

وبالنسبة لتقدير المسافات فقد تبين أن ٧١,٤ ٪ يقررون أن المسافات تبدو لهم قصيرة وهم تحت تأثير المخدر بينما قرر ٢٦,٢ ٪ أن المسافات تبدو لهم عادية وقررت حالة واحدة أن المسافة تبدو طويلة أكثر مما يجب .

وعن إدراك حجم الأشياء فقد قرر ٨٨,١ ٪ من مجموعة البحث أنهم يدركونها بصورة عادية بينما قرر ٧,١ ٪ أنهم يرون أحجام الأشياء أصغر من حجمها العادى ، ٤,٨ ٪ قرروا أنهم يرون الأحجام أكبر من وضعها العادى .

وعن إدراك الأشخاص فان ٧٦,٢ ٪ قرروا أنهم يدركون الأشخاص بحجمهم الطبيعى بينما قرر ٩,٥ ٪ أنهم يدركون الأشخاص بصورة مهزوزة ، ١٤,٣ ٪ يدركون الأشخاص أوضح من العادى .

ويدرك ٧٨,٦ ٪ من المدمنين الألوان بصورة عادية بينما يدرك ١٦,٧ ٪ منهم الألوان بصورة أكثر وضوحا « مزهزهة » ، ويدرك ٤,٨ ٪ منهم الألوان بصورة مهزوزة « بهتانة » .

أما إدراك الأصوات من حيث الوضوح فقد قرر ٦٦,٧ ٪ من المدمنين إدراكهم الأصوات بالوضوح العادى بينما قرر ٢٦,٢ ٪ منهم أن الأصوات تكون أكثر وضوحا ، وقرر ٤,٨ ٪ منهم أنهم يدركونها بصورة أقل وضوحا .

وقد قرر ٨٣,٣ ٪ من المدمنين أنهم يدركون الأصوات من حيث الشدة أو الضعف بصورة عادية بينما قرر ٧,١ ٪ منهم إدراكها بصورة عالية ، ٤,٨ ٪ منهم أدركوها بصورة منخفضة .

٢ ــ القدرة على التفكير :

بينت النتائج أن ٨٥,٧ ٪ من المدمنين قد قرروا أن قدرتهم على التفكير تتغير نتيجة لتعاطيهم المخدر ، كما بينت النتائج أن طبيعة هذا التغير متباينة تماما وتصل فى بعض الحالات إلى حد التضاد ، ويوضح الجدول رقم (٢٠) نوعية هذا التغير .

جدول رقم (٢٠)

يبين نوع التغير الذى يطرأ على التفكير كما قال به المدمنون

نوع التغير	التكرار	النسبة المئوية
يزيد قدرتى على التفكير السليم	١٧	٤٧,٢
يمنع أى أفكار سليمة ويخلينى تايه	٨	٢٢,٢
يقلل قدرتى على التفكير ويبقى تفكيرى بطىء	٥	١٣,٩
أشوف الدنيا على حقيقتها واتندم على حالى	٣	٨,٣
يزود الخيال عندى بشكل كبير قوى	٢	٥,٦
أفقد الوعى تماما وأبقى مش عارف الليل من النهار	١	٢,٨

ويتبين من الجدول أن التغيرات التى تحدث بينها تباين واضح وأن الفروق الفردية ظاهرة بين أفراد العينة ، وهذا مما يؤكد أن تأثير العقاقير بعامة والأفيون بخاصة على المدمن لا يقوم على أساس فارماكولوجى بحت ولكن يؤثر فى ذلك معتقدات الفرد عن العقار وما يتوقعه منه .

وعن وجود أفكار ملحة متكررة تنتاب المدمن بعد تعاطيه الأفيون ، فقد قرر ٦١,٩ ٪ من المدمنين أنهم تنتابهم أفكار ملحة متكررة ، ويبين الجدول رقم (٢١) هذه الأفكار حسب درجة تواردها عند المدمنين .

جدول رقم (٢١)

يبين نوع الأفكار المتكررة التى تلح على المدمنين
بعد تعاطى الأفيون

البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
الخوف من عدم إمكان الحصول على الأفيون بعد ذلك	١٤	٥٣,٨
تأنيب الضمير على تعاطى الأفيون	٦	٢٣,٢
كيفية الامتناع عن الأفيون	٣	١١,٥
أفكار جنسية	٣	١١,٥

ويتبين من الجدول أن الأفكار الملحة الشائعة هى الخوف من عدم الحصول على الأفيون ، وجدير بالذكر أن الفكرة المتكررة الملحة ترتبط ارتباطا وثيقا بالبنيان الكلى للشخصية ، وبما أن هذا البنيان يعتمد لدى المدمن أساسا على الأفيون فاننا نجد أن جميع الأفكار المتكررة ترتبط بالأفيون وإن اختلفت المحاور الصادرة عنها .

كذلك بينت النتائج أن الأفيون يساعد المدمنين على الهرب من مشاكلهم وذلك كما قرر ٨١ ٪ من أفراد العينة بينما قرر الباقى أنه يساعدهم على التفكير فى حل هذه المشكلات . ويرى الباحث أن من قرروا أنه يساعدهم فى حل مشكلاتهم إنما تمت هذه الحلول فى لحظات تأثرهم بالمخدر ولا تلبث هذه الحلول أن تتبخر بمجرد ما تبدو الحاجة إلى العقار ، ذلك أن المحور الأساسى لشخصية المدمن هو العقار والعقار فقط ، ويبدو أن حياته دائرة ما بين الحصول على العقار ومشاعر التخدير وخبرات التناقص التخديرى ثم البحث عن العقار وتعاطيه .

٣ ــ آثار الأفيون على بعض نواحى الشخصية الانفعالية والمعرفية :

قرر جميع أفراد العينة أنهم يكونون مهمومين فى حالة غياب العقار عنهم ، وتبدو عليهم أمارات الكدر والانقباض . بينما قرر ٩٧,٦ ٪ منهم أنهم يكونون فى سعادة ونشوة تامة وهم تحت تأثير العقار ، أما الحالة الوحيدة الباقية فقد قالت أن تعاطى الأفيون يقلل لديها الانقباض ولكن لا يلغيه .

وعن أسلوب التعامل مع الغير ممثلا فى فرض الآراء الشخصية على الغير أو التنازل عنها بسرعة ، فإن الجدول رقم (٢٢) يبين ذلك .

جدول رقم (٢٢)
يبين الأساليب التى يتعامل بها المدمنون
وهم تحت تأثير العقار ، وهم بدون العقار

البيـــان	أثناء التخدير		بدون التخدير	
	التكرار	٪	التكرار	٪
أتنازل بسهولة	٢٣	٥٤,٨	٣٠	٧١,٤
أتمسك برأيى	١٤	٣٣,٣	٩	٢١,٤
حسب الظروف	٥	١١,٩	٣	٧,٢

وقد قمنا بدراسة دلالة الفروق بين التوزيعين باستخدام كا ٢ ، وقد بلغت قيمة كا ٢ بدرجتى حرية (٢,٥١٢) ، وهى غير دالة إحصائيا وهذا يعنى أنه لا توجد فروق ذات دلالة بين السلوك بدون المخدر والسلوك أثناء التخدير من حيث محاولة التمسك بالرأى . وأن النمط الشائع للسلوك فى الحالتين هو التنازل بسهولة . وهذه النتيجة تتسق مع طبيعة شخصية مدمن المخدرات بعامة التى تتصف بالميل إلى التحاشى وعدم التعامل الإيجابى مع البيئة .

وعن درجة الاندفاع فى السلوك معبرا عنها بالتردد أو التسرع فى اتخاذ القرار فان الجدول رقم (٢٣) يبين ذلك .

جدول رقم (٢٣)
يبين نوع السلوك الذى يقوم به المدمنون
وهم تحت تأثير العقار ، وهم بدون العقار

البيـــان	أثناء التخديـر		بدون مخدر	
	التكرار	٪	التكرار	٪
التردد	٢٠	٤٧,٦	٢٤	٥٧,١
التسرع	١١	٢٦,٢	١٥	٣٥,٧
لا كده ولا كده	١١	٢٦,٢	٣	٧,٢

وقد قمنا بدراسة دلالة الفروق بين التوزيعين مستخدمين فى ذلك اختبار كا ٢ وقد بلغت قيمة كا ٢ بدرجتى حرية (٥,٥٥٢) وهى غير دالة إحصائيا ، وهذا يعنى عدم وجود فروق ذات دلالة بين درجة اندفاعية السلوك عند المدمن وهو تحت تأثير المخدر عنه وهو بدون العقار وأن النمط السائد هو التردد حيث تبلغ نسبته عند التخدير ٤٧,٦ ٪ ، وبدون المخدر فان نسبته هى ٥٧,١ ٪ . وتتسق هذه النتيجة مع النتيجة السابقة من حيث إن الصفة الغالبة على سلوك المدمن هى التحاشى والانعزالية وعدم المبادأة . انه لا يتردد نتيجة عملية تفكير عقلى بحسب حساب الأسباب والنتائج ، وإنما التردد عنده راجع إلى الشك فى كل ما حوله .

وقد قرر ٧١,٤ ٪ من أفراد العينة أنهم ينسون بسرعة فى حالة عدم تعاطيهم للأفيون ، بينما قرر ٨٨,١ ٪ منهم أنهم يكونون أقوياء الذاكرة عند تعاطيهم الأفيون ، ولعل ذلك راجع إلى أن الاهتمام العقلى فى حالة الحاجة إلى العقار يكون منصبا حول العقار بينما يختلف الوضع فى حالة تعاطى العقار . وهذا يعكس أثره بالطبع على عملية النسيان والتذكر إذ لا يعتقد الباحث أن هناك تأثيرا للأفيون على المراكز العقلية المسئولة عن الذاكرة أو النسيان ، ولا يعدو الأمر أن يكون اهتماما عقليا مركزا فى موضوع واحد هو المخدر ثم يعود هذا التركيز إلى وضعه الطبيعى بعد تناول العقار .

وبالنسبة للإنتاجية فى العمل فقد قرر ٨١ ٪ من عينة البحث أن إنتاجهم يكون قليلا فى حالة عدم وجود المخدر بينما قرر ٩٥,٢ ٪ منهم بأن إنتاجهم يكون كثيرا وهم تحت تأثير المخدر . ومما هو جدير بالذكر إن انتاجهم بعامة يكون عادة أقل من إنتاج الفرد العادى ولكن المقارنة التى يقومون بها بين إنتاجهم وهم بدون مخدر وإنتاجهم وهم تحت تأثير المخدر فى حقيقة الأمر هى مقارنة بين عدم القدرة على الإنتاج والعمل تماما وبين أداء بعض الأعمال ، فهم لا يستطيعون أداء أى عمل فى حالة غياب المخدر ، كما أنهم لا يحسنون القيام بالعمل وهم تحت سلطان المخدر .

كذلك بينت النتائج أنهم يفضلون الوحدة وهم ليسوا تحت تأثير العقار .

وذلك على نحو ما قرر ٩٠,٥ ٪ منهم بينما يفضلون أن يكونوا فى وسط الناس دون تعامل فعال معهم وذلك كما قرر ٨١ ٪ .

كما أنهم عادة ما يكونون قلقين وهم فى حاجة إلى المخدر ويكون هذا القلق أساسا موجها إلى كيفية الحصول على العقار وذلك كما قرر ٩٢,٩ ٪ بينما لا يشعرون أبدا بالهم أو القلق وهم تحت تأثير العقار وذلك كما قرر ٨٣,٣٪ منهم .

وبالنسبة لانفعالى الفرح والحزن للاخبار التى يتلقونها فان ٩٢,٩ ٪ منهم قرروا أنهم يحزنون بسهولة وهم بدون المخدر ، بينما قرر ٢٣,٨ ٪ منهم أنهم يحزنون بسهولة وهم تحت تأثير المخدر . وعن انفعال الفرح فقد قرر ٩,٥ ٪ أنهم يفرحون وهم تحت تأثير المخدر ، ١٤,٣ ٪ منهم عندما يكونون بدون مخدر .

ويبدو من هذه النتيجة أنهم لا يستطيعون أن يتعاملوا مع البيئة حولهم إلا من خلال انفعالاتهم الذاتية المسيطرة عليهم . فهم منعزلون عما حولهم ومن العسير عليهم مشاركة من حولهم دون أن تكون هذه المشاركة من خلال انفعالاتهم هم . ان انتماءهم الحقيقى ليس للبيئة حولهم بقدر انتمائهم للمخدر صاحب السيطرة عليهم .

ويؤكد ما سبق ما قرروه من أن خلافاتهم مع زوجاتهم ورؤسائهم وزملائهم ومرءوسيهم وأولادهم عادة ما تكون نادرة وهم تحت تأثير العقار ، بينما تكون على أشدها وهم فى حاجة إلى العقار ، إذ بلغت نسبة من قرروا وجود خلافات مع زوجاتهم فى حالة عدم وجود العقار ٧١,٤ ٪ ، ومع الرؤساء ٦٤,٣ ٪ ، ومع الزملاء ٥٩,٥ ٪ ، ومع المرءوسين ٥٢,٤ ٪ ، ومع الأولاد ٥٩,٥ ٪ .

كما أنهم لا يتصرفون فى المواقف الضاغطة حسب ما يتطلبه الموقف ولكن حسب الحالة التخديرية عندهم ، إذ قرر ٢٨,٦ ٪ منهم بأنه لو أثارهم

أحد الأفراد ممن هم فى سن والدهم لاعتدوا عليه بالضرب فى حالة عدم وجودهم تحت تأثير المخدر ، بينما قرر ٤,٨ ٪ منهم فقط أنهم يعتدون عليه بالضرب وهم تحت تأثير المخدر .

وإذا استعرنا لغة التحليل النفسى فان الموقف يبدو واضحا وهو أن شدة العدوان تجاه الأب فى الطفولة المبكرة أقوى ما تكون فى حالة غياب مصدر الاشباع وهو الأم . ولما كان مصدر الاشباع هنا هو الأفيون فان وجوده يقلل من قوة العدوان الموجه للأب .

كذلك فإنه فى حالة الاستثارة من قبل احدى السيدات ممن هن فى سن الأم فقد قرر ١٩ ٪ أنهم يقومون بالاعتداء عليها ، بينما لم يقرر أحد منهم القيام بهذا العدوان فى حالة التخدير .

ومن الثابت فى التحليل النفسى أن القيام بالعدوان تجاه الأم لا يتم إلا فى فترة ما قبل الاشباع أو أثناء عملية الاشباع نفسها ، عض ثدى الأم أثناء الرضاعة ، بينما يختفى العدوان تماما فى حالة إتمام الاشباع وهذا ما وجدناه ممثلا فى هذه النتيجة التى حصلنا عليها .

أما فى حالة أن تكون الاستثارة ناتجة من فرد مكافىء له فى العمر الزمنى أو زميله فى العمل فان من قرر العدوان عليه فى حالة عدم وجود المخدر ٥٧,١ ٪ بينما قرر ٤,٨ ٪ منهم فقط العدوان فى حالة وجود المخدر .

إن حرص المدمن على الاستمتاع بالخبرة التخديرية وبالنشوة يجعله فى عزلة عن الاستجابة العادية ويجعله يستجيب من خلال هذه الخبرة بما يتلاءم وحفاظه عليها .

٤ — أثر الأفيون على الميل إلى ارتكاب الجرائم : —

قرر ٧٨,٦ ٪ من المدمنين أن مدمن الأفيون يميل لارتكاب الجرائم بعامة أكثر من غير المدمن . ويبين الجدول رقم (٢٤) استجابات أفراد العينة حول الجرائم التى يميل مدمن الأفيون لارتكابها .

جدول رقم (٢٤)

يبين استجابات أفراد العينة حسب نوع الجريمة
وإمكانية القيام بها أثناء التخدير وبدون المخدر

الجريمة	أثناء التخدير		بدون التخدير		قيمة كا ٢
	نعم	لا	نعم	لا	
الضرب	١٠	٣٢	٢٥	١٧	١١,٠ **
السرقة	٣	٣٩	٣٤	٨	٤٦,٤ **
الرشوة	١٠	٣٢	٣٧	٥	٣٥,٢ **
التزوير	١١	٣١	٣٤	٨	٢٥,٣ **
النصب	٩	٣٣	٣٦	٦	٣٤,٩ **
القتل	٧	٣٥	٢٥	١٧	١٦,٤ **
اغتصاب النساء	١٣	٢٩	٧	٣٥	٢,٤
اغتصاب الأطفال	٨	٣٤	٤	٣٨	١,٦

ويتبين من الجدول وجود فروق ذات دلالة احصائية بين سلوك المدمن أثناء التخدير وسلوكه بدون المخدر فى الميل إلى ارتكابه للجرائم التالية وهى الضرب والسرقة والرشوة والتزوير والنصب والقتل ، بينما لا يختلف سلوكه فى حالة الميل إلى الاغتصاب بعامة .

كذلك فإن من الملاحظ ازدياد احتمال ارتكاب هذه الجرائم فى حالة عدم وجود المخدر عنها عند وجود المخدر ، وقد يرجع ذلك إلى أنه فى حالة الرغبة فى الحصول على الأفيون وبالتالى على الاشباع ، وتحت ضغط بزوغ الأعراض المبكرة لانسحاب المخدر ، وتحت احساسه بالخواء وبأنه فى حاجة ماسة إلى العقار ، ومن واقع خبراته المتكررة لما يحدث فى حالة عدم توافر العقار فان المدمن قد يلجأ إلى كل هذه الأفعال الاجرامية ، قد يضرب

** دالة عند ٠,٠١

زوجته للحصول على المال ، قد يسرق من صاحب العمل الذى يعمل معه ، قد ينصب ، قد يرتشى ، قد يقتل . أى أن غياب العقار عنه ومحاولته هو الحصول عليه بأى ثمن تثير لديه أية ميول عدوانية اجرامية قد تكون موجودة ، ولا يعنى ذلك أنهم مجرمون إذ أثبتت الدراسات أن شيوع الجريمة بينهم مساو لشيوعها بين غير المدمنين ، ولكنهم يتعرضون لمواقف (محاولة الحصول على العقار) تزيد من درجة ميلهم إلى ارتكاب العدوان بدرجة كبيرة جدا .

أما عن الاغتصاب فان القدرة الجنسية للمدمن المزمن عادة ما تكون متدهورة . كما أن الدافع الجنسى لم يعد الدافع ذا السيادة لديه ، إن تركيبه النفسى الجنسى عاد مرتبطا بالعقار أكثر من ارتباطه بالعلاقات الجنسية العادية ، بحيث أصبح الأفيون هو « موضوع الحب » الذى دائما ما يبحث عنه والذى لا تستقيم حياته بدونه .

٥ – تأثير الأفيون على النوم : –

قرر ٩٧,٢ ٪ من المدمنين أن نومهم يكون متقطعا وتتخلله فترات أرق كثيرة فى حالة عدم وجود المخدر . بينما أجمعوا على أنهم عند تعاطيهم الأفيون ينامون دون أى انقطاع .

كما بينت النتائج أن نسبة من يحلمون أثناء النوم بدون مخدر ٤٠,٥ ٪ وأن طبيعة هذه الأحلام تكاد أن تنقسم إلى نوعين رئيسيين ، النوع الأول من قبيل الأحلام المفزعة « الكابوس » والنوع الثانى من قبيل احلام تحقيق الرغبة كأن يحلم المدمن بحصوله على العقار وتناوله إياه .

كذلك تبين للباحث أن نسبة من يحلمون وهم تحت تأثير المخدر تبلغ ٢٦,٢ ٪ وأن نسبة اولئك الذين يتكرر لديهم حلم معين ممن يحلمون عموما سواء وهم مخدرون أو بدون مخدر تبلغ ٧٦,٩ ٪ وعادة ما يكون الحلم المتكرر متصلا بالحصول على العقار .

كما أن وجود حلم متكرر لدى معظم الحالمين منهم قد يدل على « الفقر

اللاشعورى » عندهم ، كما أن طبيعة هذه الاحلام المباشرة قد تفسر بأنها أحلام نكوصية بمعنى أنها تشبه احلام الأطفال فى درجة مباشرتها وتحقيقها للرغبة العارمة التى تلح عليه وهى الحصول على العقار .

أن نومهم من نوع النوام (Narcosis) الذى يحدث لدى المرضى عند اعطائهم جرعات تخديرية للتخفف من آلامهم المرضية ، أما نومهم الحقيقى فهو عند يقظتهم حيث يعيشون الحياة كلها وكأنها حلم كبير يحبونه وهم مستيقظون غير واعين « نائمون » تحت تأثير المخدر .

– تأثير الأفيون على الشهية للطعام : –

قرر ٨٨,١ ٪ من المدمنين أنهم يفقدون شهيتهم للطعام عندما يكونون خارج تأثير المخدر ، بينما قرر ٨١ ٪ منهم أن شهيتهم للأكل تكون أفضل وهم تحت تأثير العقار .

وطبقا لما وجده الباحث من معاناة معظمهم من الهزال والضعف العام واصفرار البشرة ، والميل الشديد للنحافة ، فانه يمكن تفسير هذه النتيجة على أساس أن المدمن فى حالة الحاجة إلى العقار فانه كما سبق أن ذكر الباحث يكون متوجها أفيونيا «Opium oriented»، وهذا يعنى أن المدمن بكليته يتحول إلى كائن حى باحث عن العقار دون الاهتمام بأى سلوك آخر وأولها تناوله الطعام . فاذا ما تيسر العقار وتم الحصول عليه فانه يبدأ فى تناول طعامه . وعادة ما يكون تناوله للطعام أقل من المعدل العادى .

لقد اثبتت الدراسات التى قام بها « بيجيروت (Bejerot 1973) » أن سلوك التماس العقار أقوى من الدافع الجنسى وذلك عند سؤاله لبعض المساجين المدمنين عما إذا كانوا يفضلون قضاء نهاية الأسبوع عند خروجهم مع مجموعة من المدمنين من أقرانهم لتعاطى الهيروين أم قضائه مع سيدة جميلة بقصد الاستمتاع الجنسى . كذلك فان الباحث الحالى عند سؤاله لمجموعة من المدمنين عن كيفية التصرف لو أن معه مبلغا من المال وهو جائع ومحتاج للأفيون فى نفس الوقت ، فقد أجمع كل المدمنين الذين سئلوا هذا

السؤال (عددهم ستة أفراد) على الإجابة بشراء الأفيون .

الأفيون بالنسبة لهم – إذن – هو الطعام والاشباع والدفء والراحة النفسية أو كما يحلو (لبيجبروت) أن يسميه « أقوى دافع صناعى يحرك البشر »

٧ – آثار العقار كما خبرها المدمن عند أول مرة وكما خبرها فى آخر مرة :

إذا كان متوسط العمر الزمنى للمدمن عند بدء تعاطيه الأفيون هو ٢٤,٤ سنة ، ومتوسط عمره الزمنى الحالى هو ٤٦,٥ سنة ، أى أن متوسط فترة الإدمان هى ٢٢,١ سنة فمن حق الباحث أن يتساءل: هل هناك فروق فى آثار العقار عند أول مرة خبرها العقار وآثاره فى آخر مرة ؟ . وعند سؤال المدمنين عن ذلك ، اتضح وجود فروق كبيرة بين آثار الخبرة الأولى والخبرة الأخيرة ، وذلك كما يبين الجدولان أرقام (٢٥) ، (٢٦) :

جدول رقم (٢٥)
يبين آثار الأفيون كما خبرها المدمن عند أول مرة
حسب تكرار حدوثها

البيـان	التكرار	النسبة المئوية
زيادة النشاط والحيوية	٢٥	٢٠
الأرتياح الجسمى	٢٢	١٧,٦
الانسجام والسعادة	٢١	١٦,٨
تنشيط الناحية الجنسية وإطالة مدتها	١٧	١٣,٦
زيادة القدرة على العمل	١٤	١١,٢
ارتفاع شديد فى درجة الحرارة	٦	٤,٨
الرؤية جيدا	٥	٤,٠
شراهة فى التدخين	٤	٣,٢
الارتعاش	٣	٢,٤
إضاعة أثر الخمر	٣	٢,٤
شراهة فى شرب الشاى والقهوة	٢	١,٦
التعب والهمدان الجسمى	٢	١,٦
اختفاء الإسهال	١	٠,٨

جدول رقم (٢٦)

يبين آثار الأفيون كما خبرها المدمن عند آخر مرة تعاطى حسب تكرار حدوثها

البيــان	التكرار	النسبة المئوية
علشان أقدر أبقى انسان عادى	٢٧	٣٦
يمنع عنى الآلام التى تحدث لو لم آخذه	٢٣	٣٠,٧
يجعلنى أستطيع الذهاب إلى العمل	١١	١٤,٧
يجدد نشاطى الجسمى	٧	٩,٣
مشاعر ضيق	٤	٥,٣
السرور والانسجام	٣	٤,٠

ويتبين من الجدولين السابقين أن آثار العقار فى الخبرة الأولى تعد إلى حد كبير آثارا إيجابية تحقق للمدمن العديد من أسباب الراحة النفسية والجسمية ، إذ أنها تخفف من الآلام الجسمية التى قد يكون فى معاناة لها ، كما أنها باثارتها لمشاعر النشوة تخفف المعاناة النفسية التى يعيش تحت ثقلها .

أما فى الخبرة الأخيرة للتعاطى فان الآثار الأفيونية لم تعد ايجابية بل أصبحت آثارا سلبية ، إذ أن معنى الانقطاع عن الأفيون أو توقع هذا الانقطاع ، أن تبزغ آلام الامتناع التى خبرها المدمن أكثر من مرة ، هذا بالإضافة إلى أن تعاطى العقار تحول إلى عادة شرطية وإلى هدف فى حد ذاته وإلا فما معنى أن يقوم مدمنو الهيروين بغز أوردتهم بالإبر فى حالة عدم توافر العقار .

ونرى أن المكاسب التى يحصل عليها المدمن عادة ما تكون متناقصة حتى تنتهى تماما بعد أن يكون قد تم إقامة بناء لتعاطى الأفيون ، بناء تخضع فيه الشخصية بكليتها للمخدر ولا تستطيع الفكاك منه . ويؤكد ذلك أن نسبة الانتكاس فى ظل أى طريقة علاجية مازالت نسبة عالية ومرتفعة .

ج) الإدمان والنشاط الجسمى : ـ

بينت النتائج أن ٣٥,٧ ٪ من أفراد العينة قد زاولوا نشاطا جنسيا مع الإناث قبل الزواج ، بينما لم يزاولوا غير ١٤,٣ ٪ منهم نشاطا جنسيا خارج فراش الزوجية . ومعظم هذه الاتصالات الجنسية كانت مع إناث يمارسن البغاء . أما عن العادة السرية فان ٩٠,٥ ٪ منهم مارسها قبل الزواج بدرجات مختلفة ، كما أن ١٦,٧ ٪ منهم ظلوا يمارسونها بعد الزواج لفترات مختلفة .

وقد قرر ٨٨,١ ٪ منهم أن الأفيون أكثر انتشارا بين المتزوجين عنه بين غير المتزوجين وذلك لأسباب متعددة نعرضها فى الجدول رقم (٢٧) .

جدول رقم (٢٧)
يبين الأسباب التى تدعو المتزوجين لإدمان الأفيون

السبب	التكرار	النسبة المئوية
إطالة وقت الجماع	٢٥	٤٣,١
زيادة القدرة على العمل	١٨	٣١,٠
زيادة الانتصاب	٩	١٥,٥
زيادة مشاعر اللذة الجنسية	٦	١٠,٤

ولما كانت فترة الاتصال الجنسى من الفترات التى تسبب النشوة والسعادة وغياب مشاعر القلق والانقباض ، فان المدمن يسعى إلى إطالة هذه الفترة ليس من أجلها فى حد ذاتها ولكن باعتبارها وسيلة من وسائل إضاعة هذه المشاعر الملحة الضاغطة عليه . إن العلاقة بين الموضوع هنا ليست علاقة اندماج واستدماج ، ولكن العلاقة هنا ليست كذلك إذ أنها مجرد وسيلة للتخفيف من مشاعر الاكتئاب التى تلاحقه ، إنه يفضل أن يكون فى مرحلة نصف واعية بما يدور « وهو تحت تأثير المخدر » على أن يكون واعيا ما يدور ومشاركا الطرف الآخر مشاعره وأحاسيسه ، فالأسباب

المذكورة فى الجدول السابق هى واجهة منطقية يستتر بها واقعه النفسى الأليم؟

وإذا كان الزواج مسئولية ومشاركة وحقوقا وواجبات فهل يؤدى المدمن واجباته كزوج ، سواء من الناحية الاقتصادية أو الانفعالية أو حتى الجنسية . إن إدمانه للأفيون يجعله لا يفكر إلا فى الأفيون ويبلد له مشاعره ويزيد مرضيته النفسية ويضعف قوته الجنسية ، فهو فعلا قد تزوج الأفيون وتزوجه الأفيون ؟

لقد بينت النتائج أن ٧٧,٦ ٪ من المتزوجين قد سبب الزواج لهم زيادة فى كمية العقار تتراوح ما بين الضعف والثلاثة أضعاف معللين ذلك جميعا بالرغبة فى الانسجام مع الزوجة أثناء الاتصال الجنسى وإطالة تلك الفترة وزيادة قوة الانتصاب . كما أن ٨٥ ٪ قرروا أن تعاطيهم للأفيون يطيل فى فترة الاتصال الجنسى و ٧٥ ٪ قرروا أنهم يشعرون برغبة أكثر فى الاتصال الجنسى وهم تحت تأثير المخدر .

ونرى أن رغبتهم فى الاتصال الجنسى وهم تحت تأثير المخدر قد تكون نوعا من النرجسية المرضية ، ذلك أن المخدر يثير فيهم مشاعر الانتشاء التى تضع قناعا فوق مشاعر الاكتئاب عندهم ، ولما كانت هذه المشاعر فى تناقص مستمر تبعا للانتهاء التدريجى لأثر العقار ، فهم يريدون أن يحافظوا على هذه النشوة عن طريق هذا الاتصال الجنسى الذى يساعد فقط على منع ظهور هذه المشاعر طوال فترة الاتصال .

إن المدمن يستند فى تبريره لإدمانه ضمن ما يستند إلى إطالة فترة الاتصال الجنسى وزيادة قوة الانتصاب ، وفى نفس الوقت يقرر ٨٨,١ ٪ منهم أنه يسبب الارتخاء الجنسى لهم بعد فترة من إدمانه معللين ذلك بالعديد من الأسباب التى نرى أنها من قبيل التفسيرات المبنية على معتقدات خاطئة نذكر منها :

« ان الأفيون لا يجدد الدم مما يؤدى إلى الارتخاء » .

« أن الأفيون يؤثر على الكبد والمادة المنوية تتولد من السكر الذى يفرزه الكبد » .

« لأن الأفيون يرخى الأعصاب » .

« لأن ذلك رد فعل لشدة الانتصاب اللى فى الأول » ..

« لأن جسم الإنسان يكون قد تعب واستهلك » .

بينما يذكر كرانتزوكار (Krantz and Carr 1961) أن التأثير العام للأفيون هو التقليل من النشاط الفسيولوجي ، ويتضمن ذلك تأثيرا انهباطيا على الجهاز العصبى المركزى ، وانهباطا فى جميع نواحى المخ والمجموع العصبى حتى الحبل الشوكى . كما أنه يحدث تغيرات فى أوعية المخ من حيث الاحتقان ، ويسبب انخفاضا فى الشعور بالألم .

أما عن تأثيره على الكبد فإنه يزيد من التشحم الدهنى حول المجموعة البوابية ، ويسبب انحلالا فى خلايا الكبد ، ويزيد من السكر فيه ، ويسبب تليفا لبعض خلاياه . وبالتالى يقل عمل الكبد ونشاطه .

كذلك فان الجهاز الهضمى تقل إفرازاته وعصاراته وتصبح حركة المعدة قليلة وضئيلة .

كما أن الكلى تصبح غير قادرة على أداء عملها بالصورة المعتادة ، مما يضيف مصدرا ثانياً للإفرازات السامة .

وبالنسبة للجهاز الدورى فإن تأثيره على القلب غير مباشر حيث إنه يؤثر على المراكز العصبية المحركة للأوعية تأثيرا انهباطيا ، وينطبق ذلك أيضاً على كل من الرئتين والشعب الهوائية حيث يكون التأثير الانهباطى على مراكز التنفس فى المخ .

وقد قرر ٦١,١ ٪ منهم أن زوجاتهم يستجبن جنسيا بدرجة أكبر عند الاتصال بهن وهم تحت تأثير المخدر . بينما قرر ٩٤,٤ ٪ أنهم لا يوافقون على الاطلاق على أن تتعاطى السيدات الأفيون معللين ذلك بأن المرأة التى تتعاطى الأفيون تكون منحلة وفاجرة وشاذة ومستهترة . أما من وافقوا على تعاطى السيدات الأفيون فعللوا ذلك بان هذا يكون أفضل للرجل والمرأة معا ، وأن على السيدات أن يمررن بتجربة الإدمان .

وعلى الرغم من معارضة المدمنين الشديدة فى تعاطي المرأة للأفيون إلا أنه قد تبين أن ٢٢,٢ ٪ منهم قد أعطوا لزوجاتهم الأفيون عددا من المرات يتراوح ما بين مرة واحدة وخمس مرات .. وعللوا ذلك بالآتى :

١ ـ وجود مغص ناتج عن الولادة .
٢ ـ التهاب فى العين .
٣ ـ فى حالة مرضها بعد عدم تحسنها من العلاج الطبي .
٤ ـ حتى تستطيع السهر معى وأن اتصل بها جنسيا .
٥ ـ من أجل الصداع .

كذلك تبين أن ٤٧,٦ ٪ من المدمنين يرون أن ختان البنات هو المسئول عن انتشار إدمان الأفيون ، وأن هذا الختان لو لم يتم لقل استخدام الأفيون بصورة إدمانية .

ونحن نرى فى ذلك نوعا من التبرير الذى يلجأ إليه الكائن البشرى عموما فى محاولة لإعطاء سلوكه منطقا يستند إليه ، وقد لا نغالى إذا قلنا أنه من قبيل التكوين العكسى بمعنى أن المدمن فى محاولة للدفاع عن نفسه نجده يقول أن ختان المرأة دفعنى إلى الإدمان مع أن العبارة الصحيحة أننى لا أستطيع ألا أدمن . إذ لو كان هذا التبرير حقيقة لارتبط انتشار الإدمان عالميا بوجود عملية الختان أو عدم وجودها . والواقع العملى لا يؤيد ذلك إذ أننا نجد الإدمان فى كل المجتمعات وتحت ظل كل المذاهب والمعتقدات والأجناس .

(د) مشكلات المدمنين :

قرر ٤٠,٥ ٪ من المدمنين عدم وجود مشكلات لديهم قبل الإدمان ، وقرر ٢٨,٦ ٪ أن أهم المشاكل التى قابلوها قبل الإدمان تتمثل فى قسوة الأب أو اهماله أو الحرمان منه مما دفعهم إلى عدم إكمال تعليمهم أو إتجاههم للسرقة أو الانحراف ، وقد قرر بقية المدمنين مشاكل متنوعة من قبيل الاعتقال ، مسئوليته عن زوجة أخيه المتوفى وأبنائه ، شلل طفلة له ، وهجران زوجته له ، ورفضه العمل فى الصعيد وتفضيله البطالة على العمل .

وكان الإدمان هو الحل المناسب لكل هذه المشكلات،وذلك كما قرر المدمنون إذ أن هذه المشكلات كما يصورونها لا حل لها ، وأن الهرب منها هو الحل الأمثل .

أما عن المشكلات بعد الإدمان فان نسبة كبيرة من المدمنين ٩٢,٩ ٪ قرروا أنها مشكلات مالية ناتجة عن عدم القدرة على توازن الانفاق بين الأفيون وبين المتطلبات المعيشية ، بالإضافة إلى ما ذكروه من مشكلات ناتجة عن ذلك مثل بيع الممتلكات ، والسرقة ، وقبول الرشوة ، وإهمال تربية الأولاد ، وسوء الحالة الصحية ، والخلافات المستمرة مع الزوجة والأقارب .

وقد قرر ٥٠ ٪ أنهم لم يفكروا فى حل مشكلاتهم ، بينما قرر ٢١,٤ ٪ أنهم حضروا للمصحة بقصد التخلص من الإدمان الذى قد يؤدى إلى تخلصهم من مشكلاتهم ، أما الباقون فقد قرروا أنهم عادة ما يحلون مشاكلهم عن طريق بيع الممتلكات ،أو الاشتغال فى بيع المخدرات أو النصب أو السرقة.

إنهم يقررون جميعا أن المشكلة الرئيسية التى تواجه أى مدمن هى كيفية حصوله على النقود لشراء المخدر .

كما أنهم يرون أن هناك مشكلات تدفع الإنسان لإدمان الأفيون وذلك كما يبينه الجدول رقم (٢٨) .

جدول رقم (٢٨)

يبين المشكلات التى تدفع المدمن لتعاطى الأفيون
وتكراراتها ونسبتها المئوية

البيـــان	التكرار	النسبة المئوية لعدد المدمنين
مشكلات جنسية	٢١	٥٠,٠ ٪
متاعب جسمانية	١٤	٣٣,٣ ٪
عدم القدرة على أداء العمل	١١	٢٦,٢ ٪
كوارث عائلية أو مادية	١٠	٢٣,٨ ٪
صحبة أقران السوء	٨	١٩,٠ ٪

ويتبين من الجدول أن نسبة كبيرة منهم (٥٠ ٪) قد قررت أن المشكلات الجنسية هى التى تدفع الفرد إلى الإدمان ، بينما قرر ١٩ ٪ منهم أن صحبة أقران السوء هى السبب وراء الإدمان .

ويرى الباحث أن ما قرره المدمنون من مشكلات تدفع الفرد إلى الإدمان إنما هو واجهة أو قناع لحقيقة شخصية المدمن التى تتسم عادة بالاكتئاب والميل إلى تحاشى التعامل مع الواقع ،أو ما يسمى بالتعامل السلبى مع الواقع . فهم يريدون إطالة فترة الاتصال الجنسى باعتبارها فترة ينحسر اثناءها الاكتئاب ولا يطيقون أية متاعب جسمية ، فبدلا من علاجها فإنهم يخدرونها . ولإحساسهم بالعجز والدونية وعدم إمكانهم أداء أعمالهم بنفس الدرجة التى يؤديها بها زملاؤهم فإنهم يهربون من مواجهة هذا العجز فى المخدر . ولأنهم لا يحتملون الصدمات لضعف ذواتهم فانهم يتخذون من المخدر وسيلة للتعامل السلبى معها ويؤكد سلبيتهم ما يدعونه من أن أقران السوء هم الذين دفعوهم إلى ذلك .

(ه) فكرة المدمن عن مجتمع المدمنين : —

(١) من حيث نوع العمل :

يبين الجدول رقم (٢٩) النسبة المئوية للمدمنين الذين قرروا انتشار إدمان الأفيون بين الفئات المختلفة .

جدول رقم (٢٩)
يبين النسبة المئوية للمدمنين الذين قرروا انتشار إدمان الأفيون بين فئات المهن المختلفة

العمال	التجار	الموظفون	الفلاحون	الفنانون	فئات أخرى	رجال دين	طلبة
٩٠,٥	٨٥,٧	٨١,٠	٦٩,١	٦٩,١	٥٠,٠	٣٣,٣	١٩,١

ويتبين من الجدول أن أكثر الفئات إدمانا – من وجهة نظر المدمنين – هم العمال يليهم التجار وأن أقلهم هم الطلبة . كذلك فان الفئات الأخرى التي ذكروها تشمل وكلاء الوزرات ، والقضاة ، والضباط ، ووكلاء النيابة ، والمحامين ، والأطباء ، والمدرسين والمجرمين ، والمتسولين .

(٢) من حيث العمر الزمني :

قرر ٨٨,١ ٪ من المدمنين أن العمر الزمني الذى يبدأ تعاطى المدمن فيه للأفيون يقع فى الفترة من ٢٠ – ٤٠ سنة وهى السن التي يزداد فيها الاقبال على الإدمان .

(٣) من حيث الجنس :

قرر ٩٧,٦ ٪ من المدمنين أن الأفيون أكثر انتشارا بين الرجال بينما قررت حالة واحدة أنه منتشر بين الرجال والنساء على السواء .

(٤) من حيث المستوى الاقتصادى :

قرر ٦٤,٣ ٪ من المدمنين أنه أكثر انتشارا بين الفقراء عنه بين الفئات الأخرى بينما قرر ٢١,٤ ٪ أنه أكثر انتشارا بين الأغنياء ، وحجتهم فى ذلك أنهم يستطيعون الحصول عليه بأى كمية نظرا لثرائهم .

(٥) من حيث المستوى التعليمى :

قرر ٧١,٤ ٪ أنه منتشر بين الأميين ، بينما قرر ٢١,٤ ٪ أنه منتشر فى مختلف المستويات التعليمية .

(٦) من الناحية الاجتماعية :

قرر ٨٨,١ ٪ من المدمنين أن إدمان الأفيون أكثر انتشارا بين المتزوجين عنه بين الفئات الأخرى .

(٧) من حيث الحضر مقابل الريف :

قرر ٧١,٤ ٪ أنه أكثر انتشارا فى المدن والمناطق الحضرية بينما قرر ٢٨,٦ ٪ أنه أكثر انتشارا فى القرى والمناطق الريفية .

جدول رقم (٣٠)

يبين الصفات الشخصية والنسبة المئوية للمدمنين الذين قرروا تمتع المدمنين بها

الصفة	النسبة المئوية لمن قرروا وجودها	الصفة	النسبة المئوية لمن قرروا وجودها
يهتم عادة بملابسه وبمظهره الخارجى	١١,٩	دائم النشاط	٥٧,١
فرح دائما	٢٨,٦	سعيد فى حياته	١٦,٧
متواضع دائما	٨٣,٣	يتكلم أكثر مما يعمل	٨٨,١
عنده إحساس أنه مظلوم فى الحياة	٨١,٥	محترم من الجميع	٢٨,٦
يكذب أكثر من غيره	٥٧,١	عنيد ومتصلب الرأى	٦٦,٧
لا يفى بالوعد	٧٥,٧	لا يتحمل المسئولية	٨١,٠
سريع النسيان	٧٨,٦	يخاف بسرعة	٧٦,٢
يضحى من أجل الأفيون بمسئولياته الاجتماعية	٩٠,٥	صعب التعامل معه	٧٦,٢
أكثر شجاعة من غيره	١٩,٠	كثير الشكوى	٨٥,٧
عنده إحساس أن الناس تضطهده	٧١,٤	لا يهمه إلا إشباع رغباته	٨٨,١
يقع فى الخطأ بسرعة	٧٦,٢	يشعر بالوحدة أكثر من غيره	٩٠,٥
لا يحترم العادات والتقاليد	٧٣,٨	أفكاره شاذة دائما	٧٨,٦
حريص جداً على سمعته	٤٠,٥	مهموم دائما	٩٠,٥
يخزن الأمانة	٧١,٤	شديد التدين	٣٣,٣
مضطرب نفسياً	٩٥,٢	يكره أن يكون مع الناس	٦٩,٠
سريع الفهم	٨١,٠	يحب الجنس الآخر بشدة	٧٣,٨
متسامح مع الآخرين	٨٣,٣	لا يشغل تفكيره إلا مزاجه	٩٢,٩
دقيق ومثالى فى عمله	٥٤,٨	مضطرب عقليا	٧٨,٦

(٨) من حيث نسبة المدمنين إلى السكان :

بلغ متوسط التقديرات لنسبة المدمنين إلى عدد السكان كما قررها المدمنون ٤٣،١٪ بتباين قدره (٧٤٠،٣) وبمدى مطلق قدره (٨٩٪) (من ١٪ إلى ٩٠٪) .

(٩) من حيث الصفات الشخصية التى يتصف بها المدمنون :

يبين الجدول رقم (٣٠) بعض الصفات الشخصية والنسبة المئوية للمدمنين الذين قرروا تمتع المدمنين بها .

ويتبين من الجدول أن المدمنين يقررون وجود صفات سلبية وغير مقبولة اجتماعيا لدى المدمنين ، فالصفات الخمس ذات التكرار الأكبر هى :

١ – مضطرب نفسيا .
٢ – لا يشغل تفكيره إلا مزاجه .
٣ – يضحى من أجل الأفيون بمسئولياته الاجتماعية .
٤ – يشعر بالوحدة أكثر من غيره .
٥ – مهموم دائما .

فالمدمن – من وجهة نظرهم إذن – إنسان مضطرب نفسيا بمعنى أنه فى حالة توتر دائم بين محاولته الحصول على الأفيون وبين مواجهته لمشكلاته ومسئولياته الاجتماعية ، كما أنهم يقررون أن شغله الشاغل هو الأفيون الذى لا يشغل تفكيره إلا هو والذى يضحى من أجله بكل شىء . وبالإضافة إلى ذلك فان الإحساس بالوحدة والشعور بالكدر والحزن من أهم ما يتصفون به .

ويذكر الباحث أن هذه الصفات ذات التكرار الأكبر تتفق مع

ما توصلت إليه البحوث الأجنبية من سمات يتمتع بها المدمن (بول ١٩٦٩ ، هل ١٩٦٩ ، لاسكوتز ١٩٦١) .

أما الصفات التى يفتقر إليها المدمن كما قررها المدمنون فهى :

١ ـــ الاهتمام بالملابس والمظهر الخارجى .
٢ ـــ السعادة فى حياته .
٣ ـــ الشجاعة .
٤ ـــ المرح .
٥ ـــ الاحترام من الآخرين .

إن إحساسه بالوحدة وانعزاليته تجعله لا يأبه بمظهره الخارجى ، بالإضافة إلى أن مجتمع المدمنين فى مصر يأتى من الطبقات الدنيا ، فاذا أضفنا إلى عدم إمكانية هذه الطبقة من الوجهة الاقتصادية توفير الملابس المناسبة ، إذا أضفنا إلى ذلك ما ينفقه على الأفيون لتبين لنا الشكل الزرى الذى يظهر به مدمن الأفيون . كذلك فأى سعادة يشعر بها وهو تحت وطأة الاكتئاب من جهة وتحت دورة المخدر من بحث عنه وتعاط له وانتشاء وإحساس بمشاعر انتهاء التأثير التخديرى ثم البحث عنه مرة ثانية . كما أن الشجاعة والمرح لا يمكن تواجدهما فى شخصية تتسم بالوحدة والانعزالية والسلبية ، شخصية تتسم كما حددها المدمنون أنفسهم بالشعور بالوحدة والإحساس بالهم دائما .

أما ما يشعرون به من عدم احترام الآخرين فان مرد ذلك إلى أن نظرة المجتمع المصرى إلى مدمن الأفيون « الأفيونجى » نظرة غاية فى الاحتقار والازدراء ، بل إنها تفوق بكثير نظرة المجتمع إلى متعاطى الحشيش .

ثانياً : اختبار الشخصية المتعدد الأوجه :ـــ

لقد قمنا بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

للمقاييس الفرعية التى تم قياسها وذلك بالنسبة لمرات التطبيق المختلفة فكانت كما يوضحه الجدول رقم (٣١) .

جدول رقم (٣١)

يبين قيمة المتوسط الحسابى و الانحراف المعيارى

لبعض المقاييس الفرعية لاختبار الشخصية المتعدد الأوجه فى مرات التطبيق المختلفة

البيـان	عند الدخول		بعد أسبوع		بعد عشرة أسابيع		بعد عشرة أسابيع لمن حضروا جلسات المناقشة	
	سَ	ع	سَ	ع	سَ	ع	سَ	ع
توهم المرض (هـ س)	١٢٫٥	٥٫٦٣	١٢٫٩	٥٫٧٣	١٣٫٢	٥٫٦٩	١٣٫٩	٤٫٢٩
الاكتئاب (د)	٢٥٫٧	٥٫٨٧	٢٨٫٦	٥٫٣٧	٣٠٫٤	٥٫٨٨	٢٦٫٠	٤٫٩٥
الهستيريا (هـ ى)	٢٢٫٣	٦٫٦٤	٢٣٫٠	٦٫٣٦	٢١٫٥	٦٫٠٤	٢٥٫٩	٦٫٣٣
الانحراف السيكوباتى (د ب)	٢٢٫٤	٤٫٧١	٢٥٫٢	٤٫٥٦	٢٥٫٩	٥٫٥١	٢٣٫٣	٢٫٩٨
البارانويا (ب أ)	١٦٫٧	٥٫٣٠	١٦٫٩	٥٫٣٣	١٦٫٩	٥٫٩٣	١٨٫٩	٥٫٤٧
السيكاسيثينيا (ب ت)	٢٢٫٦	٧٫٠٢	٢٤٫٠	٧٫٧٦	٢٢٫٨	٧٫٩٥	٢٦٫٠	٦٫٠٤
الفصام (س ك)	٣٠٫٧	١١٫٨٥	٣١٫٤	١١٫٦٨	٣٠٫١	١١٫٥٤	٣٦٫٥	٨٫٩٣
الهوس الخفيف (م أ)	٢٣٫١	٤٫٢٠	٢٣٫٩	٣٫٧٣	٢٣٫٨	٤٫٥٧	٢٥٫٤	٣٫١٢
عدد أفراد العينة ن	٤٢		٤٢		٣٤		٨	

سَ = الوسط الحسابى .

ع = الانحراف المعيارى .

وتمثل المتغيرات الثلاثة الأولى مثلث العصاب ، بينما تمثل الأربعة متغيرات الأخيرة مربع الذهان . ويتبين من الجدول أن متوسط درجة توهم المرض يكاد يكون ثابتا فى مرات التطبيق المختلفة وإن كان يبلغ أقصى قيمة له لدى عينة العلاج ، أما الاكتئاب فان متوسط درجته فى تصاعد مستمر فى مرات التطبيق الثلاث ، وإن كان المتوسط لدى مجموعة

العلاج أقل من نظيره عند من لم يحضروا جلسات العلاج ، وكان متوسط الهستيريا متذبذبا فى مرات التطبيق الثلاث ، وبلغت أكبر قيمة للمتوسط لدى مجموعة العلاج .

هذا من ناحية متغيرات مثلث العصاب ، أما بالنسبة للانحراف السيكوباتى فان المتوسطات سجلت تزايدا مستمرا بلغ أقصى قيمة له لدى مجموعة العلاج .

وبالنسبة لمربع الذهان فان البارانويا لم يحدث أى تغير لمتوسطاتها فى التطبيقات الثلاثة إلا أن متوسط مجموعة العلاج كان أعلى هذه المتوسطات أما بقية المتغيرات فلم يحدث لمتوسطاتها تغيرات ذات قيمة ، إلا أن كان أعلاها بعامة هى مجموعة العلاج .

أى إن نتائج الجدول السابق تبين لنا أن هناك ميلا لزيادة قيمة المتوسط لبعض المتغيرات وثباتا لبعضها ، كما أن مجموعة العلاج ذات المتوسطات الأكبر قيمة فى جميع المتغيرات عدا متغيرى الاكتئاب والانحراف السيكوباتى .

وقد دعت هذه النتيجة إلى أن يقوم الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لمجموعة العلاج على حدة فى التطبيقات الثلاثة ، وذلك كما يبينه الجدول رقم (٣٢) .

جدول رقم (٣٢)

يبين المتوسطات والانحرافات المعيارية لبعض المقاييس الفرعية
لاختبار الشخصية المتعدد الأوجه فى مرات التطبيق المختلفة
لمجموعة العلاج ن = ٨

البيان	عند الدخول		بعد أسبوع		بعد عشرة أسابيع	
	سَ	ع	سَ	ع	سَ	ع
هـ س	١١,٠	٥,١٥	١٤,٨	٤,٧٩	١٣,٩	٤,٢٩
د	٢٦,٤	٤,٨٤	٢٩,٨	٤,٠٣	٢٦,٠	٤,٩٥
هـ ى	٢٧,٤	٦,٥٩	٢٦,٩	٥,٩٠	٢٥,٩	٦,٣٣
ب د	٢٣,٤	٣,٧٢	٢٧,٠	٣,٤٣	٢٣,٣	٢,٩٨
ب أ	١٨,٤	٣,٦٢	٢٠,٠	٥,٦٧	١٨,٩	٥,٤٧
ب ت	٢٧,٣	٥,١٧	٢٧,٤	٥,٣٧	٢٦,٠	٦,٠٤
س ك	٣٦,٩	١٠,١٩	٣٦,٣	٨,٥٢	٣٦,٥	٨,٩٣
م أ	٢٤,٠	٣,١٢	٢٥,٠	٢,٤٥	٢٥,٤	٣,١٢

ويتضح من الجدول أن جميع المتوسطات فى التطبيق الثانى أعلى من نظيراتها فى التطبيق الأول ، أما متوسطات التطبيق الثالث فهى أقل من جميع متوسطات التطبيق الثانى فيما عدا متوسطى الفصام ، الهوس الخفيف . كذلك يتضح من الجدول أن متوسطات التطبيق الثالث أقل من متوسطات التطبيق الأول ، فيما عدا متوسطات توهم المرض والبارانوما والهوس الخفيف .

ولأن الفرق بين متوسط القياس عند الدخول والقياس بعد أسبوع يمثل التغير الناتج عن التحرر الفسيولوجى من الأفيون ، ولأن الفرق بين متوسط القياس بعد أسبوع ، والقياس بعد عشرة أسابيع يمثل التغير الناتج عن التحرر السيكولوجى من الأفيون ، ولأن الفرق بين متوسط القياس

بعد عشرة أسابيع لمن لم يتلقوا علاجا نفسيا وبين هؤلاء الذين تلقوا علاجا نفسيا يمثل التغير الناتج عن العلاج .

فإذن قد قمنا بدراسة دلالة الفروق بين المتوسطات باستخدام اختبار « ت » وذلك كما يبينه الجدول رقم (٣٣) :

جدول رقم (٣٣)

يبين دلالة الفروق بين متوسطات بعض مقاييس اختبار الشخصية المتعدد الأوجه فى مرات التطبيق المختلفة (قيم ت)

البيـــان	القياس عند الدخول بعد أسبوع	القياس بعد أسبوع/ عشرة أسابيع بدون علاج	القياس بعد أسبوع/ عشرة أسابيع بالعلاج	القياس بعد عشرة أسابيع بدون علاج/ بالعلاج
هـ س	٠,٣١٩	٠,٢٢٨	٠,٥٦٩	٠,٣٨٣
د	*٢,٣٣٧	١,٣٧٦	١,٣٤٣	١,٧٨٢
هـ ى	٠,٤٨٧	١,٠٥٠	١,١٨٦	١,٧٨٤
ب د	**٢,٧٤٠	٠,٥٩٣	١,٤٩٦	١,٨٣٤
ب أ	٠,١٧٠	صفر	٠,٩٥١	٠,٩١٥
ب ت	٠,٨٥٦	٠,٦٦١	٠,٨١٧	١,٢٦٣
س ك	٠,٢٧٠	٠,٤٨٥	١,٤٠٧	١,٧١٧
م أ	٠,٩١٢	٠,١٠٣	١,٢٠٣	١,١٧٧

* دالة عند ٠,٠٥ ** دالة عند ٠,٠١

ويتبين من الجدول أن الفروق الوحيدة ذات الدلالة هى الفروق فى متغير الاكتئاب ومتغير الانحراف السيكوباتى ، وذلك بين القياس عند الدخول والقياس بعد أسبوع . وهذا يعنى أن الفروق بين هذين المتوسطين فروق ذات دلالة إحصائية ، وإذا رجعنا إلى المتوسطات لوجدنا أن متوسط درجة الاكتئاب كانت عند الدخول (٢٥,٧٪) بينما بلغت بعد أسبوع

(٢٨,٦٪) أى أن الاكتئاب قد زاد بعد أسبوع . ويتسق ذلك مع ما وجدته البحوث السابقة التى تقول أن تعاطى الأفيون يساعد المدمن على التخلص من مشاعر الاكتئاب والتعاسة التى يعانى منها، ولما كان القياس الأول الذى قمنا به كان يتم عادة والمدمن تحت تأثير المخدر فمن المتوقع أن تكون مشاعره الاكتئابية أقل من القياس التالى الذى كان يتم بعد أن تنتهى آثار الأفيون الفسيولوجية .

كذلك فان متوسط الانحراف السيكوباتى قد ازداد من (٢٢,٤) فى القياس الأول إلى (٢٥,٢) فى القياس الثانى ،وقد يفسر ذلك التغير فى الدرجة بأن استجابات الشخصية ذات الطابع السيكوباتى تختلف وهى فى حالة إشباع عنها وهى فى حالة عدم إشباع ، أو بمعنى آخر إن تأثير الأفيون على المدمن يجعله يستطيع مداراة سلوكه السيكوباتى وإظهار ميوله السيكوباتية ، وهذا ما لا يستطيعه وهو بدون مخدر .

كذلك يتبين من الجدول أن قيم (ت) الخاصة بالاكتئاب والهستيريا والانحراف السيكوباتى والفصام بين مجموعة العلاج مقابل المجموعة التى لم تعالج « القياس الأخير » قريبة جدا من مستوى الدلالة ولكنها غير دالة عند المستوى الذى يسمح بذلك ، وقد يرجع ذلك إلى صغر حجم العينة أو قلة فترة العلاج . وقد يستثير ذلك بعض الباحثين للتوفر على دراسة هذه النقطة بالذات فى سبيل حسمها . ذلك أن الباحث يرى أن أسلوب العلاج الذى اتبع وهو من الأساليب البسيطة جدا ، أو قل أنه من الأساليب الأولية فى العلاج قد حقق بعض التغير فى سمات شخصيات المدمنين رغم قصره وأوليته ، لقد قلت درجة الاكتئاب والانحراف السيكوباتى لديهم عن هؤلاء الذين لم يتلقوا أى برنامج علاجى ، أما ما بدا من زيادة فى المتغيرات الأخرى فقد يكون ذلك مرده إلى زيادة نسبة الاستبصار لديهم مما أعانهم على إجادة التعبير عما بهم وعما يعانونه بالفعل .

كذلك قام الباحث بدراسة دلالة الفروق بين نتائج عينة العلاج فى الفترات الزمنية المختلفة التى تم القياس عندها .

ولما كانت العينة التى حضرت جلسات المناقشة الجماعية صغيرة جدا إذ أن عدد أفرادها ثمانية أفراد فقط ، فان أساليب الاستدلال الاحصائى المعتادة الخاصة بالإحصاءات البارامترية لا تصلح فى مثل هذه الحالة ، وعلى ذلك فان الباحث استخدم اختبارا من نوع الاختبارات الخاصة بالعينات الصغيرة أو ما يسمى باختبارات الإحصاءات اللابارامترية (Non parametric)

هذا الاختبار هو اختبار الوسيط لعينتين
(Median Test for two Samples)

ويتبع فى هذا الاختبار الآتى : (Walker and Lev : 1953)

١ — حساب الوسيط لمفردات العينتين معاً وفى حالتنا هذه يحسب الوسيط لـ ١٦ قراءة .

٢ — توزيع قراءات كل عينة إلى قراءات فوق الوسيط ، قراءات أقل من الوسيط ، وفى حالة وجود قراءة تماثل الوسيط فانها تحسب ضمن القراءات الأقل من الوسيط .

٣ — وضع قراءات العينتين فى الجدول التالى :

	القراءات الأولى	القراءات الثانية
فوق الوسيط	أ	ب
تحت الوسيط	ج	د

٤ - حساب كا^2 وذلك بعد إجراء تصحيح « يتس » حتى لا تكون النتائج مضللة وذلك بطرح (½ ن) من القانون فيكون على النحو التالى :

$$\frac{\text{ن} \left(\text{أ د} - \text{ب جـ} - \frac{1}{2}\text{ن} \right)^2}{(\text{أ} + \text{جـ})\ (\text{ب} + \text{د})\ (\text{أ} + \text{ب})\ (\text{جـ} + \text{د})}$$

ومن الممكن أيضاً إجراء هذا التصحيح بأسلوب آخر ، وهو طرح وإضافة ½ درجة من جميع الخلايا بحيث لا تتأثر المجاميع الهامشية وهذا ما أجريناه فى بحثنا .

ويبين الجدول رقم (٣٤) قيمة كا^2 ومستوى دلالتها الإحصائية :

جدول رقم (٣٤)

يبين قيمة كا^2 ومستوى دلالتها الإحصائية

البيان	القياس عند الدخول / بعد أسبوع		القياس بعد أسبوع / عشرة أسابيع	
	قيمة كا^2	مستوى الدلالة	قيمة كا^2	مستوى الدلالة
هـ س	١,٠١٦	غير دالة	صفر	غير دالة
د	٢,٢٠٥	»	٢,٤٠٠	»
هـ ى	١,٠١٦	»	,٢٦٧	»
ب د	٠,٣٣٣	»	٤,٠٦٣	دالة عند ٠٥,
ب أ	٢,٤٠٠	»	١,٠١٦	غير دالة
ب ت	صفر	»	صفر	»
س ك	١,١٦٤	»	٠,٣٣٣	»
م أ	١,٠١٦	»	٠,٢٥٠	»

ويتبين من الجدول أنه لا توجد أى فروق ذات دلالة بين نتائج القياسات المختلفة للعينة التى حضرت جلسات المناقشة إلا فى متغير الانحراف السيكوباتى حيث كان الفرق دالا لمستوى ٠٥, وذلك بين القياس بعد أسبوع والقياس بعد عشرة أسابيع . وإذا رجعنا إلى توزيع أفراد العينة فى مرتى القياس تبعا لمن هم فوق الوسيط ومن هم تحت الوسيط لوجدنا أن ٢٥ ٪ كانوا أقل من الوسيط فى القياس بعد أسبوع ، بينما كانت النسبة المئوية لمن هم أقل من الوسيط عند القياس بعد عشرة أسابيع ٨٧,٥ ٪ . وقد يكون ذلك راجعا إلى أن أفراد هذه العينة قد حضروا جلسات المناقشة الجماعية فى الفترة التى تلت القياس الذى تم بعد أسبوع إلى فترة القياس بعد عشرة أسابيع .

كذلك فإن من الممكن القول أن المدمنين الذين لم يحضروا جلسات المناقشة الجماعية قد زادت متوسطاتهم فى المتغيرات المقيسة من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه بعد عشرة أسبيع من تواجدهم بالمصحة عن دخولهم إليها . بينما لم يحدث ذلك بالنسبة للمجموعة التى حضرت جلسات المناقشة إذ أنهم لم يختلفوا فى المتغيرات المقيسة بعد عشرة أسابيع عن حالهم عند الدخول ، هذا باستثناء النقص الذى حدث فى متغير الانحراف السيكوباتى لصالحهم . وهذا يعنى أن تقديم برنامج للخدمة النفسية مهما كانت درجة بساطته وأوليته أفضل من عدم تقديم أى برامج على الإطلاق .

ولما كانت المتغيرات المقيسة من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه تنتمى إلى ثلاثة عناصر رئيسية هى العصابية ، والانحراف السيكوباتى ، والذهانية . ولما كنا نهدف إلى التعرف على مدى شيوع هذه العناصر بين شخصيات المدمنين ، ولما كان من غير الصحيح علميا تحويل الدرجات الخام لعينة البحث إلى درجات تائية اعتمادا على ما وضعه لويس كامل (١٩٥٩) وذلك لأن عينة التقنين التى حسبت الدرجات التائية على أساس نتائجها من طلاب الجامعات ، فقد قمنا باجراء التالى :

جدول رقم (٣٥)

يبين المتوسطات و الإنحرافات المعيارية المعدلة للمتغيرات

المقيسة من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه فى مرات القياس المختلفة

البيـــان	العينة الكلية						المدمنون الذين حضروا جلسات العلاج					
	عند الدخول		بعد أسبوع		بعد عشرة أسابيع		عند الدخول		بعد أسبوع		بعد عشرة أسابيع	
	سَ	ع	سَ	ع	سَ	ع	سَ	ع	سَ	ع	سَ	ع
هـ س	٣٧٩ر	١٧٠ر	٣٩١ر	١٧٣ر	٤٠٠ر	١٧٣ر	٠٣٣٣	١٥٥ر	٤٤٨ر	١٤٥ر	٤٢١ر	١٣٠ر
د	٤٢٨ر	٠٨٤ر	٤٧٧ر	٠٨٩ر	٥٠٧ر	١٠٠ر	٤٤٠ر	٠٨٤ر	٤٩٧ر	٠٧١ر	٤٣٣ر	٠٨٤ر
هـ ى	٣٧٢ر	١٠٩ر	٣٨٣ر	١٠٥ر	٣٥٨ر	١٠٠ر	٤٥٧ر	١١٠ر	٤٤٨ر	١٠٠ر	٤٣٢ر	١٠٥ر
المتوسط العام	٣٩٣ر	٣١٣ر	٤١٧ر	٣٣٠ر	٤٢٢ر	٢٩٥ر	٤١٠ر	٢٧٤ر	٤٦٤ر	٢٩٣ر	٤٢٩ر	٣١١ر
ب د	٤٤٨ر	٠٩٥ر	٥٠٤ر	٠٨٩ر	٥١٨ر	١١٠ر	٤٦٨ر	٠٧٧ر	٥٤٠ر	٠٧١ر	٤٦٦ر	٠٦٣ر
ب أ	٤١٨ر	١٣٤ر	٤٢٣ر	١٣٤ر	٤٢٣ر	١٤٨ر	٤٦٠ر	٠٨٩ر	٥٠٠ر	١٤١ر	٤٧٣ر	١٣٨ر
ب ت	٤٧١ر	١٤٥ر	٥٠٠ر	١٦١ر	٤٧٥ر	١٦٤ر	٥٦٩ر	١٠٩ر	٥٧١ر	١١٤ر	٥٤٢ر	١٢٦ر
س ك	٣٨٩ر	١٤٨ر	٣٩٧ر	١٤٨ر	٣٨١ر	١٤٥ر	٤٦٧ر	١٣٠ر	٤٥٩ر	١١٠ر	٤٦٢ر	١١٤ر
م أ	٥٠٢ر	٠٨٩ر	٥٢٠ر	٠٨٤ر	٥١٧ر	١٠٠ر	٥٢٢ر	٠٧١ر	٥٤٣ر	٠٥٥ر	٥٥٢ر	٠٧١ر
المتوسط العام	٤٤٥ر	٣١٠ر	٤٦٠ر	٣٣٦ر	٤٤٩ر	٣٤٩ر	٥٠٥ر	٣١٣ر	٥١٨ر	٣٢٩ر	٥٠٧ر	٣٤٨ر
ن	٤٢		٤٢		٣٤		٨		٨		٨	

١ ـ قسمة الدرجة الخام التى حصل عليها المفحوص فى كل متغير على مجموع العبارات لهذا المتغير (وعلى سبيل المثال فان مجموع عبارات مقياس توهم المرض هو (٣٣) فاذا كانت الدرجة الخام التى حصل عليها المفحوص هى ١٠ ، فان الدرجة الجديدة تساوى ١٠/٣٣ أى ٠,٣٠٣) ؛

ومما دعا إلى القيام بذلك أن العبارات الكلية لكل مقياس غير متساوية . وتخلصنا عملية القسمة هذه من تأثير عدم التساوى .

٢ ـ حسبت الانحرافات المعيارية الجديدة للدرجات المعدلة .. ويبين الجدول رقم (٣٥) المتوسطات والانحرافات المعيارية المعدلة .

ويتبين من الجدول أن متوسطات العينة الكلية فى الانحراف السيكوباتى هى أكبر المتوسطات فى القياسات المختلفة يليها المتوسط العام لمربع الذهان ثم المتوسط العام لمثلث العصاب . وإذا تأملنا متغيرات مثلث العصاب لوجدنا أن الاكتئاب بعامة هو أعلى هذه المتغيرات يليه توهم المرض ثم الهستيريا ..

كذلك فعند النظر إلى متغيرات مربع الذهان نجد أن الهوس الخفيف هو صاحب أعلى متوسط يليه السيكاستينيا ثم البارانويا وأخيرا الفصام.

أما بالنسبة لمجموعة المدمنين الذين حضروا جلسات المناقشة فان أعلى المتوسطات عند الدخول كان المتوسط العام لمربع الذهان يليه متوسط الانحراف السيكوباتى ثم المتوسط العام لمثلث العصاب ، وعند القياس بعد أسبوع وجدنا أن أعلى المتوسطات هو متوسط الانحراف السيكوباتى يليه المتوسط العام لمربع الذهان ثم المتوسط العام لمثلث العصاب . وفى القياس الأخير تبين أن أعلى المتوسطات هو المتوسط العام لمربع الذهان يليه الانحراف السيكوباتى ثم المتوسط العام لمثلث العصاب .

والمتأمل فى بيانات هذه المجموعة بالنسبة لمتغيرات مثلث العصاب يجد

أنها بعامة تتفق فى ترتيبها مع ترتيب العينة الكلية من حيث إن الاكتئاب هو صاحب أعلى متوسط بينما يأتى متغير الهستيريا فى المرتبة الثانية ثم توهم المرض .

أما بالنسبة لمربع الذهان فإن أعلى متوسط بعامة هو الخاص بالسيكاستينيا يليه الهوس الخفيف ثم البارانويا فالفصام .

وقد قمنا بدراسة دلالة الفروق بين المتوسط العام لمثلث العصاب والانحراف السيكوباتى ، المتوسط العام لمربع الذهان فى مرات القياس المختلفة مستخدما اختبار (ت) كما يبينه الجدول رقم (٣٦) .

جدول رقم (٣٦)

يبين دلالة الفروق بين متوسطات مثلث العصاب والانحراف السيكوباتى ومربع الذهان فى مرات القياس المختلفة « قيم ت »

البيان	العينة الكلية			المدمنون الذين حضروا جلسات العلاج		
	عند الدخول	بعد أسبوع	بعد عشرة أسابيع	عند الدخول	بعد أسبوع	بعد عشرة أسابيع
المتوسط العام لمثلث العصاب/ الانحراف السيكوباتى	١,٧١٨	** ١,٦٣٦	** ٣,٠٠٠	٠,٩٣٥	١,١٦٩	٠,٥٥٢
المتوسط العام لمثلث العصاب/ المتوسط العام لمربع الذهان	١,٣٠٠	١,٠٢٤	٠,٦٥٩	١,١١٨	٠,٦٠٠	٠,٨٢١
المتوسط العام لمربع الذهان/ الانحراف السيكوباتى	٠,٠٩٤	١,٣٣٣	١,٩١٧	٠,٥٢٩	٠,٣١٠	٠,٥٥٤

** داله عند ٠,٠١

ويتبين من الجدول أن الفروق ذات الدلالة الإحصائية هى تلك الموجودة بين المتوسط العام لمثلث العصاب وبين الانحراف السيكوباتى فى العينة الكلية ، أما باقى المقارنات فلا توجد بينها أية فروق ذات دلالة إحصائية .

وعلى ذلك يمكن القول أن أكثر الأعراض شيوعا هى الانحراف السيكوباتى والأعراض الذهانية . أما الأعراض العصابية فان توافرها أقل من الانحراف السيكوباتى ، وإن كان ذلك لم يتحقق فى مجموعة المدمنين الذين حضروا جلسات العلاج ،إذ بدا من مقارناتهم أن جميع الأعراض على درجة واحدة من الشيوع ، وقد يكون ذلك راجعا إلى قلة عددهم بالمقارنة إلى عدد أفراد العينة .

ثالثاً : اختبار ساكس لتكملة الجمل

قام الباحث بحساب المتوسطات والتباينات لمتغيرات هذا الاختبار وذلك بعد أن تم تصحيحه على النحو الذى سبق لنا أن أشرنا إليه فى الجزء الخاص بالأدوات ، وبهذا الأسلوب فى التصحيح فإن أكثر درجات التوافق هى (+٧) بينما تعطى الدرجة (+١) لأكثر درجة فى عدم التوافق الشديد ، ويبين الجدول رقم (٣٧) هذه المتوسطات والانحرافات المعيارية .

جدول رقم (٣٧)
يبين المتوسطات والانحرافات المعيارية لمتغيرات اختبار ساكس
فى مرات القياس المختلفة لعينة البحث

البيان	عند الدخول		بعد أسبوع		بعد عشرة أسابيع	
	س̅	ع	س̅	ع	س̅	ع
الأسرة						
الأب	٣,٧٠٠	١,٣٣	٣,٩٧٥	١,٢٥	٣,٨٧٥	٢٣,٤٢
الأم	٣,٨٠٠	٠,٩٩	٣,٨٥٠	٠,٨٣	٤,٠٢٥	٠,٦٦
الأسرة عموما	٥,٣٠٠	١,٠٧	٥,٤٢٥	١,٠٧	٥,٤٠٠	١,١٦
الجنس *						
الاتجاه نحو النساء	٤,٩٠٠	١,٣٠	٥,٠٠٠	١,١٠	٥,٠٥٠	١,١٦
الاتجاه نحو العلاقات الجنسية	٤,٧٢٥	٠,٩١	٤,٨٠٠	٠,٩٠	٤,٨٧٥	٠,٩١

تابع جدول رقم (٣٧)

البيان	عند الدخول		بعد أسبوع		بعد عشرة أسابيع	
	سَ	ع	سَ	ع	سَ	ع
العلاقات الإنسانية						
الأصدقاء والمعارف	٥٫١٢٥	٠٫٩١	٥٫٠٧٥	٠٫٨٧	٥٫١٢٥	٠٫٨٦
الزملاء فى العمل	٢٫٦٧٥	١٫١٧	٢٫٨٥٠	١٫١٩	٢٫٥٥٠	١٫٠٧
الرؤساء	٥٫٣٥٠	١٫١٣	٥٫٣٧٥	١٫١٦	٥٫٦٠٠	١٫٠٦
المرءوسين	٤٫٧٠٠	١٫٥١	٤٫٧٢٥	١٫٤١	٤٫٢٥٠	١٫٤٨
تصور الذات						
المخاوف	٤٫٣٧٥	١٫٣٤	٤٫٤٢٥	١٫٣٠	٣٫٧٥٠	١٫٣٨
مشاعر الإثم	٤٫٥٧٥	١٫٢٥	٤٫٥٢٥	١٫٢٠	٤٫٥٧٥	١٫٠٦
الأهداف	٥٫٠٧٥	١٫٢٣	٥٫٠٠	١٫٣٥	٥٫١٢٥	١٫٢٥
القدرات	٥٫٠٠٠	١٫٠٧	٤٫٩٧٥	١٫٠٦	٤٫٨٠٠	١٫٤٢
الماضى	٥٫٧٢٥	١٫٠١	٥٫٧٠٠	١٫٠٧	٥٫٦٢٥	١٫٠٨
المستقبل	١٫٩٧٥	١٫٠٥	٢٫٠٠٠	٠٫٩٠	١٫٧٧٥	٠٫٧٠

فاذا علمنا أن الدرجات (١ ، ٢ ، ٣) تمثل درجات عدم التوافق ، وأن الدرجة (٤) تمثل النقطة الحدية بين التوافق وسوء التوافق ، وأن الدرجة (٥) تمثل أدنى درجات التوافق ، وأن الدرجة (٦) تمثل التوافق المتوسط وأن الدرجة (٧) تمثل أعلى درجات التوافق . فان جميع المتوسطات الموجودة بالجدول فى جميع المتغيرات تميل إلى عدم التوافق أو التوافق السيء أو إلى النقطة الحدية بين التوافق وسوء التوافق .

ففى المتغيرات المتعلقة بالأسرة نجد أن الاتجاه نحو الأب هو أقلها درجة، وهذا يعنى أن الاتجاه نحو الأب أكثر عدائية وأقل توافقا من بقية المتغيرات .

وفى مجال الجنس فان الاتجاه نحو العلاقات الجنسية يتميز بعدم التوافق أو التقبل .

جدول رقم (٣٨)

يبين المتوسطات والانحرافات المعيارية لمتغيرات اختبار ساكس

في مرات القياس المختلفة لمجموعة المدمنين الذين حضروا جلسات المناقشة الجماعية

البيان	عند الدخول		بعد أسبوع		بعد عشرة أسابيع	
	سَ	ع	سَ	ع	سَ	ع
الأسرة						
الأب	٣٫٨٥٠	١٫٠١	٤٫٣٢٥	٠٫٧٠	٤٫٢٠٠	٠٫٧٨
الأم	٣٫٤٠٠	٠٫٨٨	٣٫٢٢٥	١٫٠٢	٣٫١٢٥	٠٫٨٩
الأسرة عموما	٥٫٦٠٠	٠٫٩٠	٥٫٥٢٥	١٫٠٤	٥٫٥٠٠	٠٫٨٢
الجنس						
الاتجاه نحو النساء	٥٫٠٢٥	١٫٣٥	٥٫٠٧٥	١٫٣٢	٥٫٨٧٥	١٫٠٨
الاتجاه نحو العلاقات الجنسية	٤٫١٢٥	١٫٢٠	٤٫٣٢٥	١٫٠٠	٤٫٣٧٥	١٫٠٩
العلاقات الإنسانية						
الأصدقاء والمعارف	٤٫٨٧٥	٠٫٨٤	٤٫٧٧٥	٠٫٨٤	٤٫٧٧٥	٠٫٧٤
الزملاء في العمل	٢٫٧٢٥	٠٫٨١	٢٫٧٧٥	٠٫٩٥	٢٫٦٢٥	٠٫٧٤
الرؤساء	٤٫٩٠٠	١٫٣٢	٤٫٨٥٠	١٫٣٨	٤٫٩٠٠	١٫٢٨
المرءوسين	٥٫٣٥٠	١٫٠٦	٥٫٢٧٥	١٫٠٣	٥٫٢٢٥	٠٫٩٦
تصور الذات						
المخاوف	٤٫٤٥٠	١٫١٩	٤٫٥٠٠	١٫٠٧	٤٫٤٥٠	٠٫٩٣
مشاعر الإثم	٤٫٣٢٥	١٫٤٣	٤٫٥٠٠	١٫٣٧	٤٫٣٢٥	١٫١٩
الأهداف	٤٫٣٧٥	١٫٩٥	٤٫٣٧٥	١٫٤٨	٤٫٢٧٥	١٫٣٨
القدرات	٤٫٦٥٠	١٫٢٧	٤٫٦٢٥	١٫١٧	٤٫٥٢٥	١٫١٧
الماضي	٦٫٠٠٠	١٫٠٧	٥٫٩٠٠	١٫٠٥	٥٫٨٥٠	٠٫٥٧
المستقبل	٢٫٣٥٠	١٫١٨	٢٫٣٠٠	١٫٢٨	٢٫٢٢٥	٠٫٩٦

وبالنسبة للعلاقات الإنسانية فإن العدائية أكثر ما تكون موجهة إلى الزملاء والأقران يليهم المرؤوسون فالرؤساء وأخيرا الأصدقاء والمعارف .

وعن تصور الذات فان أكثر المتغيرات سلبية وتشاؤما هى النظرة إلى المستقبل، إذ أنهم يرون المستقبل ولا أمل فيه أو رجاء ، وينظرون إليه من واقع سواد الأفيون الذى يحبونه وبكل الشك والخوف واليأس يتوقعونه . بل إن درجاتهم فى هذا المتغير أقل الدرجات على الاطلاق بالنسبة للمتغيرات الأخرى ، ويلى تلك النظرة التشاؤمية مخاوفهم الشديدة غير ذات الأساس ذات الطبيعة المهددة لكياناتهم وذواتهم، ثم مشاعر الإثم التى يعيشون تحت وطأتها . يلى ذلك تصورهم لقدراتهم الذى يتسم نسبيا بالمبالغة . أما تصورهم عن الماضى فهو تصور متوافق نسبيا ، بل إن بعضهم يتمنى أن يعود ذلك الماضى أو يتمنى لو أن الزمن توقف عند الماضى . إنهم فى حقيقة الأمر لا يعيشون الحاضر ولكنهم يعيشون الماضى . إن استعداداتهم النكوصية قوية جدا ، ويقدم لهم الأفيون المناخ المناسب لنكوصيتهم وتحاشيهم التعامل مع الواقع الذى يحيونه .

كذلك قام الباحث بحساب المتوسط الحسابى والتباين لمتغيرات هذا الاختبار لمجموعة المدمنين الذين حضروا جلسات المناقشة الجماعية ، وذلك فى مرات القياس المختلفة ، وذلك كما يبينه الجدول رقم (٣٨) .

وتتشابه هذه المتوسطات مع متوسطات العينة الكلية فيما عدا أن الاتجاه نحو الأم هنا أكثر عدائية من الاتجاه نحو الأب وهذا على عكس العينة الكلية ، كذلك فان الاتجاه نحو الرؤساء والأصدقاء والمعارف متساو تقريبا فى درجة عدم التوافق ، كما أن المخاوف ومشاعر الإثم لها نفس الدرجة .

ولدراسة دلالة الفروق بين القياسات المختلفة للعينة الكلية ، فاننا قد قمنا بدراسة دلالة الفروق بين المتوسطات باستخدام اختبار « ت » وذلك كما يبينه الجدول رقم (٣٩) .

جدول رقم (٣٩)

يبين قيمة ت ومستوى دلالاتها المعنوية
بين القياسات المختلفة لعينة البحث

البيـــان	القياس عند الدخول / بعد أسبوع	القياس بعد أسبوع / بعد عشرة أسابيع	القياس بعد أسبوع/بعدعشرة أسابيع من العلاج	القياس بعد عشرة أسابيع بدون علاج / بالعلاج
الأسرة				
الأب	٠،٩٩١	٠،٣٢٢	٠،٥٢٣	٠،٢٠٤
الأم	٠،٢٤٨	٠،٧٢٩	٢،١٢٥*	٢،٥٣٩*
الأسرة عموما	٠،٥٣٠	٠،٠٩٦	٠،٢٢٤	٠،٢٨٥
الجنس				
الاتجاه نحو النساء	٠،٣٧٧	٠،١٩٠	٠،١٨٠	٠،٠٥٨
الاتجاه نحو العلاقات الجنسية	٠،٣٧٥	٠،٣٥٨	١،٠٣٥	١،٢٠٧
العلاقات الإنسانية				
الأصدقاء و المعارف	٠،٢٥٤	٠،٢٥٠	١،٠١٧	١،١٦٣
الزملاء فى العمل	٠،٦٧٢	١،١٥٤	٠،٧٠٤	٠،٢٣٥
الرؤساء	٠،٠٩٩	٠،٨٨٧	٠،٩٧٣	١،٤٣٣
المرؤوسين	٠،٠٧٨	١،٤١٥	١،٢٤٢	٢،٣٠٢*
تصور الذات				
المخاوف	٠،١٧٢	٠،٥٦٤	٠،٠٦٥	٠،٤٩٤
مشاعر الإثم	٠،١٨٥	٠،١٩٢	٠،٤٣٣	٠،٥٤٤
الأهداف	٠،٢٦٣	٠،٤١٨	١،٣٦٣	١،٥٩٣
القدرات	٠،١٠٦	٠،٥٩٧	١،٠٠٨	٠،٥٧٣
الماضى	٠،١٠٨	٠،٣٠٢	٠،٥٧٧	٠،٨٢٤
المستقبل	٠،١١٥	١،٢٢٤	٠،٦١٣	١،٢٤٩

* دالة عند ٠،٠٥

ويتبين من الجدول عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية إلا فى الاتجاه نحو الأم بين نتائج القياس بعد أسبوع للعينة الكلية وبين نتائج القياس بعد عشرة أسابيع لمن حضروا جلسات المناقشة . كذلك يبين نتائج القياس بعد عشرة أسابيع بين من لم يحضروا جلسات المناقشة الجماعية وبين من حضروا الجلسات ، كذلك وجد فرق ذو دلالة إحصائية فى الاتجاه نحو المرؤوسين بين نتائج القياس بعد عشرة أسابيع لمن لم يحضروا جلسات المناقشة وبين هؤلاء ممن حضروا جلسات المناقشة الجماعية .

وحتى يتحقق الباحث من وجود أو عدم وجود هذه الفروق منذ الدخول إلى المصحة ، فقد قام الباحث بدراسة دلالة الفروق بين متوسطات أفراد العينة التى تلقت علاجا ، وبين أفراد العينة الكلية عند الدخول إلى المصحة فى متغيرى الاتجاه نحو الأم ، الاتجاه نحو المرؤوسين ، وذلك باختبار « ت » كما يبينه الجدول رقم (٤٠) .

جدول رقم (٤٠)

يبين قيمة « ت » ومستوى دلالتها المعنوية

لمجموعة العلاج مقابل العينة الكلية عند الدخول إلى المصحة

فى متغيرى الاتجاه نحو الأم ونحو المرؤوسين

البيـــان	مجموعة العلاج/ العينة الكلية
الاتجاه نحو الأم	١,١٥٦
الاتجاه نحو المرؤوسين	١,٤٦٧

وهذه القيم غير دالة إحصائيا مما يجعلنا نعتقد بأن الفروق ذات الدلالة التى ظهرت فى الجدول رقم (٣٩) هى فروق ناتجة عن تعرض هذه المجموعة لجلسات المناقشة الجماعية ، فاذا رجعنا إلى المتوسطات لوجدنا أن متوسط مجموعة العلاج فى الاتجاه نحو الأم فى القياس بعد عشرة أسابيع أقل من نظيره عند من لم يحضروا علاجا (٣,١٢٥ مقابل ٤,٠٢٥) أى أن اتجاهات من تعرضوا لهذه الجلسات أكثر سلبية ممن لم يتعرضوا لهذه الجلسات ، وقد يكون ذلك راجعا إلى بداية تغيير أحدثه العلاج ساعد المدمن على الانفصال عن أمه نسبيا إذ أن المدمن عادة ما يكون متوحداً توحدا مرضيا بالأم ، وقد يكون بداية هذا الانفصال هو إظهار مشاعر العداء والسلبية لموضوع العشق وهو الأم فى هذه الحالة .

أما إذا نظرنا إلى متغير الاتجاه نحو المرؤوسين فاننا نجد أن متوسطه لدى مجموعة العلاج أعلى من نظيره عند من لم يحضروا علاجا (٥,٢٢٥ مقابل ٤,٢٥٠) وذلك فى القياس بعد عشرة أسابيع .

وقد يرجع ذلك إلى بداية تغير فى شخصية المدمن فى طرق التعامل مع البيئة ، تغيراً بدأ مع من يشعر هو أنهم أقل منه سناً أو مركزاً أو شأنا من قبيل مرؤوسيه أو أبنائه . ذلك أنه قد يتخذ من التقرب إلى هؤلاء تأييدا له وقوة يستند إليها فى التعامل الكلى مع البيئة بعد ذلك .

ولدراسة دلالة الفروق بين القياسات المختلفة للمجموعة التى تعرضت لجلسات المناقشة الجماعية ، فان الباحث قد قام باجراء اختبار الوسيط الذى سبق الإشارة إليه ، ويبين الجدول رقم (٤١) قيمة $كا^2$ ومستوى دلالتها الاحصائية .

جدول رقم (٤١)
يبين قيمة كا٢ ومستوى دلالتها الاحصائية
للقياسات المختلفة لمجموعة المدمنين
الذين حضروا جلسات المناقشة الجماعية

البيـــان	القياس عند الدخول/ بعد أسبوع	القياس بعد أسبوع / عشرة أسابيع
الأسرة		
الأب	٣,٠٠٠	صفر
الأم	,٢٦٧	,٢٦٧
الأسرة عموما	,٢٥٠	,٢٥٠
الجنس		
الاتجاه نحو النساء	١,١٦٤	١,١٦٤
الاتجاه نحوالعلاقات الجنسية	صفر	,٣٣٣
العلاقات الإنسانية		
الأصدقاء والمعارف	,٣٣٣	,٥٧١
الزملاء فى العمل	١,٦٤١	صفر
الرؤساء	,٥٧١	,٥٧١
المرؤوسين	,٢٥٠	,٢٦٧
تصور الذات		
المخاوف	,٢٦٧	,٢٦٧
مشاعر الإثم	١,٦٤١	,٢٦٧
الأهداف	٢,٤٠٠	١,٠١٦
القدرات	,٢٥٠	,٢٦٧
الماضى	,٥٧١	,٥٧١
المستقبل	,٢٥٠	,٢٥٠

ومن الجدول يتبين أن جميع قيم كا^2 غير دالة احصائيا ، أى أنه لا توجد أية فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج القياسات الثلاث .

وقد تبدو هذه النتيجة للوهلة الأولى متناقضة مع ما وجدناه من وجود فروق ذات دلالة بين مجموعة العلاج والعينة الكلية فى متغيرى الاتجاه نحو الأم والاتجاه نحو المرؤوسين . ولكن هذا التناقض يعد من قبيل التناقض الظاهرى فقط إذا قلنا أن التغير الذى حدث لمجموعة العلاج قد جعلها تختلف عن هؤلاء ممن لم يتعرضوا لأى نوع من العلاج ، بينما هذا التغير بالنسبة للعينة نفسها لم يكن تغيرا جوهريا إذ أن عدد الجلسات كان قليلا والأسلوب الذى اتبع كان بسيطا وأوليا . أى أننا كنا إزاء بدايات تغير فى الشخصية ناتج من أسلوب بسيط من الخدمة النفسية . وقد تكون هذه النقطة بالذات مثارا لعديد من التساؤلات ، وقد يهتم بها بعض الباحثين فى محاولة لدراستها فما وسيلة العلاج الأكثر نجاحا ؟ وما مدة العلاج الحدية ، أو بمعنى آخر ما المدة الفاصلة التى نستطيع أن نقول عندها أنه قد حدث تغير جوهرى فى شخصية المدمن ... إلخ .

من الممكن القول — على ضوء ما سبق — أن اتجاهات المدمنين حيال متغيرات هذا الاختبار هى اتجاهات لا توافقية غير سوية ، وعادة ما تقترب من حد عدم السواء . كذلك فان التواجد بالمصحة بدون تقديم أى خدمات نفسية لم يغير منها وإن كانت المتوسطات — بعامة — أكبر فى القياس الأخير منها فى القياس عند الدخول . كما أن المجموعة التى حضرت جلسات المناقشة الجمعية قد حققت تغيرا فى اتجاهاتها المختلفة وإن كان هذا التغير بعامة — غير جوهرى، وذلك لقلة فترة العلاج ولاتباع أبسط الأساليب النفسية وهو أسلوب المناقشة الجماعية . وهذا ما انعكس على طبيعة التغير الذى حدث فعلا ، ذلك أن التغير فى المجموعة التى لم تتلق أى علاج له شكل منتظم إذ أن متوسطات القياس الأخير — بعامة — أكبر من المتوسطات

عند القياس بينما يأخذ التغير لدى مجموعة العلاج شكلا متذبذبا ، فبعض متوسطات القياس الأخير أكبر من القياس عند الدخول والأخرى أقل . وهذا دليل آخر على دور عملية العلاج وما أحدثته من هزة « قلقلة » فى شخصية المدمن .

رابعاً : اختبار تفهم الموضوع :

استخدمنا فى تحليل قصص اختبار تفهم الموضوع التى استجاب بها المدمنون طريقة « بلاك » وهى طريقة تجمع بين مزايا الطرق الكمية التى ابتدعها « موراى » وبين الطرق التحليلية التى تخدم الأغراض الاكلينيكية مثل طريقة رابابورت ، ذلك أن هذه الطريقة تقوم على أساس طبيعة العلاقات التى تنشأ بين الأشخاص وما يكمن وراءها من عوامل دينامية فعالة . فبما أن صور الاختبار عبارة عن مجموعة من المواقف الاجتماعية والعلاقات الإنسانية . وأن استجابة المفحوص لها تشبه إلى حد كبير استجاباته فى مواقف الحياة الفعلية ، كذلك فان المفحوص وهو يستجيب للاختبار إنما يكون أقل تقيدا بمبدأ الواقع ، وأكثر تعبيرا عن مشاعره المختلفة ، فيجب على المفسر — كما يرى بلاك (Bellak 50) — أن ينظر إليها نظرة سيكولوجية بحتة ، بمعنى أن يرى فيها نوعا من سلوك المفحوص وانطباعاته ومشاعره .

هذا ويعرض الباحث الملاحظات التالية قبل استعراض النتائج :

١ — أن القصص التى استجاب بها المدمنون فى أول مرة قياس كانت قصيرة وغير متسقة ويدور معظمها حول الإدمان والمدمنين .

٢ — أن القصص الخاصة بالقياس الثانى والثالث كانت أكثر طولا وأكثر اتساقا وكانت البيئة فيها بعامة بيئة إجرامية أو عدوانية . كما أن الأبطال فيها عادة ما يكونون منحرفين أو مجرمين أو مدمنين .

٣ ـ لم تختلف استجابات مجموعة العلاج عن استجابات العينة الكلية .

٤ ـ لم يذكر أحد من أفراد العينة على الاطلاق فى القصة الخاصة بالصورة (٣ ص ر) أى شيء عن الشكل الذى يشبه المسدس أو السكين الموجود بجوار الشخص .

٥ ـ أن هناك فروقا فردية بين المدمنين فى طريقة استجاباتهم للقصص فالبعض يسترسل فى سرد القصة دون حاجة كبيرة إلى حثه على الاستجابة بينما يتطلب بعض المدمنين استمرار حثهم على الاستجابة ومطالبتهم بتفسير للأحداث أكثر . وقد بلغت نسبة هؤلاء ٢٦ ٪ من مجموع العينة . كذلك فان قصص أولئك الذين يتطلبون حثا أكبر على الاستجابة عادة ما تكون غير متسقة وغير مترابطة وتعبر عادة عن سلبية وتحاش للتعامل مع البيئة مع إحساس بالتهديد المستمر .

٦ ـ أن صورة الأب أو السلطة أو الرؤساء لدى جميع أفراد العينة ينظر إليها نظرة عدائية مشحونة بالكراهية والرغبة فى التخلص منها. وذلك بعكس صورة الأم التى ينظر إليها عادة نظرة مزدوجة من الحب والكراهية ، فهو يحبها ولكن لأنها سلبية فهو يكرهها . ويذكر الباحث ما ورد فى القصة « ٦ ص ر » .

ـ « بعد ما ربته وتعبت فيه واتوظف جاية تطلب منه فلوس فلم يرض وبيقول فى نفسه : إمتى تموت بقى » ..

ـ هم الواد وأمه كانوا بيحبوا بعض لغاية ما نوى يجوز زعلت أمه منه أصلها مش عاوزاه يتجوز » ..

ـ « الولية دى سمعت أن ابنها منحرف فلما واجهته زعل وكشر علشان عارف أنه لما حيعمل كده هى حتصالحه وبعدين هو حيسرق فلوسها » .

٧ — استبعدنا عند تحليل القصص بعض القصص التى اتسمت بالقصر الشديد والسطحية ، وقد تركزت هذه القصص فى القصص أرقام ١ ، ١١ ، ١٦ ، ٢١ —*— .

وفيما يلى عرض لنتائج اختبار تفهم الموضوع بطريقة بلاك. وقد اختار الباحث الأبعاد التالية من الأبعاد العشرة الموجودة فى استمارة بلاك وهى :

١ — الحاجات الرئيسية .
٢ — البيئة فى نظره .
٣ — صورة الشخصيات الوالدية .
٤ — أنواع الصراع ذات الدلالة .
٥ — قسوة الذات .
٦ — القلق .

(١) الحاجات الرئيسية :

يبين الجدول رقم (٤٢) الحاجات الرئيسية التى ظهرت فى قصص عينة البحث الكلية وفى مجموعة العلاج .

(*) الملحق رقم (٥) يحتوى على نموذج من استجابات إحدى الحالات لاختبار تفهم الموضوع فى التطبيق الأول .

جدول رقم (٤٢)

يبين الحاجات الرئيسية التى ظهرت فى قصص عينة البحث الكلية
وفى مجموعة العلاج وذلك فى مرات القياس المتتالية

البيـــان	العينـة الكليـة						مجموعة العـــلاج					
	عند الدخول		بعد أسبوع		بعد عشرة أسابيع		عند الدخول		بعد أسبوع		بعد عشرة أسابيع	
	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪
الحاجة إلى الأمن	٤١٦	١١,٢	٦٨٣	١٤,٠	٨٥٠	١٦,٣	٧٩	١٠,٩	١٣٧	١٤,٣	١٧٢	١٧,٠
الحاجة إلى المال	٣١٥	٨,٥	٤٥٤	٩,٣	٤٥٤	٨,٧	٦٠	٨,٢	٨١	٨,٥	٨٦	٨,٥
الحاجة إلى تجنب الأذى	٣٥٣	٩,٥	٤٥٦	٩,٣	٤٦٩	٩,٠	٧٣	١٠,٠	٩٣	٩,٧	٩٨	٩,٧
» العدوان الخارجى	٣٤٢	٩,٢	٤٦٤	٩,٥	٤٦٤	٨,٩	٦٩	٩,٥	٩٤	٩,٨	٩٤	٩,٣
» العدوان الذاتى	١٨٦	٥,٠	٢٢٤	٤,٦	٢٧١	٥,٢	٣٥	٤,٨	٥٠	٥,٣	٥٠	٤,٩
الحاجة إلى المساعدة	٢٧٨	٧,٥	٤٣٨	٨,٩	٤٠٧	٧,٨	٥٧	٨,٠	٧٨	٨,٢	٨٦	٨,٥
» الخنوع	٢٨٢	٧,٦	٣٤٦	٧,١	٤١٧	٨,٠	٨٠	١١,٤	٥٩	٦,٢	٥٤	٥,٣
» التدمير	٥٦	١,٥	١٨٢	٣,٨	١٤٦	٢,٨	١٥	٢,٠	٣٧	٣,٩	٢٧	٢,٧
» الجنس	١٨٩	٥,١	٣٦٨	٧,٥	٤١٢	٧,٩	٣٩	٥,٥	٧٦	٨,٠	٨٤	٨,٣
» الحب والعطف	٢٣٤	٦,٣	٥٣٢	١٠,٩	٥٧٣	١١,٠	٤٣	٦,١	٧٨	٨,١	٩٢	٩,٠
» النجاح	٤٨٦	١٣,١	٣٦٨	٧,٥	٣٨١	٧,٣	٨٧	١٢,١	١٠٦	١١,٠	١٠١	١٠,٠
» الاعتماد على الغير	٥٧٤	١٥,٥	٣٨٠	٧,٨	٣٦٩	٧,١	٩٠	١٢,٥	٦٧	٧,٠	٦٩	٦,٨
المجموع	٣٧١١	١٠٠	٤٨٩٥	١٠٠	٥٢١٣	١٠٠	٧٢٧	١٠٠	٩٥٦	١٠٠	١٠١٣	١٠٠

يتبين من الجدول أن أكثر الحاجات تكرارا فى القياس الأول (عند الدخول) عند العينة الكلية وعند مجموعة العلاج هى الحاجة إلى الاعتماد على الغير ، وذلك بنسبة (١٥,٥ ٪ ، ١٢,٥ ٪) على الترتيب . كما أن أقل الحاجات تكرارا هى الحاجة إلى التدمير إذ تبلغ نسبة تكرارها (١,٥ ٪ - ٢ ٪) على الترتيب .

أما فى القياسين التاليين فان أكثر الحاجات تكرارا هى الحاجة إلى الأمن وذلك بنسبة (١٤ ٪ ، ١٦,٣ ٪) فى العينة الكلية ونسبة (١٤,٣ ٪ ، ١٧ ٪) فى مجموعة العلاج . أما أقل الحاجات تكرارا فى القياسين فهى الحاجة إلى التدمير وذلك لدى كل من العينة الكلية ومجموعة العلاج .

وتتفق هذه النتيجة مع ما وجدناه فى نتائج استفتاء ماسلو للطمأنينة الانفعالية حيث كشف عن وجود عدم أمن انفعالى لديهم . ومن جهة أخرى فان هذه النتيجة تتسق مع ما ورد فى البحوث الأجنبية من أن المدمن إنسان اتكالى معتمد على الغير بالإضافة إلى أن شعوره بالعجز يحول دون ظهور أى حاجات تدميرية عنده، ذلك أنه يفضل أن يدمر ذاته بالمخدر بدلا من أن يوجه العدائية إلى العالم المحيط به .

(٢) البيئة من وجهة نظر المدمن :

قام الباحث بتصنيف استجابات المفحوصين من حيث نظرتهم إلى البيئة : إلى بيئة موالية ، بيئة معادية(١)، كما قام بتصنيف آخر هو كون البيئة من نوع البيئات المتوافقة اجتماعيا (مقبولة اجتماعيا) من نوع البيئات غير المتوافقة اجتماعيا (غير مقبولة اجتماعيا من قبيل جماعات اللصوص والنشالين وتجار المخدرات ... إلخ) ويوضح الجدول رقم (٤٣) نوع البيئة كما بدا فى قصص المدمنين .

---

(١) نستند فى هذا التقسيم إلى بيئة موالية وبيئة معادية إلى تقرير المركز القومى للبحوث عن اختبار التات (١٩٧٥) .

جدول رقم (٤٣)

يبين تكرار ونسبة البيئات المختلفة

كما وردت فى قصص مجموعة البحث الكلية ومجموعة العلاج فى القياسات المختلفة

البيـــان	بيئـة متوافقـة				بيئـة غير متوافقـة			
	بيئة مواليـة		بيئة معادية		بيئة مواليـة		بيئـة معاديـة	
	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪
عينة البحث الكلية :								
عند الدخول	٣١	٣,٦	١٧٣	٢٠,٢	٢٣١	٢٧,٠	٤٢٢	٤٩,٢
بعد أسبوع	٨٩	١٠,٢	١٥٧	١٨,٠	٢١٢	٢٤,٣	٤١٥	٤٧,٥
بعد عشرة أسابيع	٥٦	٨,٠	١٥٣	٢١,٩	١٦٤	٢٣,٤	٣٢٧	٤٦,٧
مجموعة العلاج								
عند الدخول	١٢	٧,٥	٤٨	٣٠,٢	٢٨	١٧,٦	٧١	٤٤,٧
بعد أسبوع	٣٢	١٩,٨	٥٢	٣٢,١	١٧	١٠,٥	٦١	٣٧,٧
بعد عشرة أسابيع	٣٥	٧٠,٨	٥٥	٣٢,٧	٢٩	١٧,٣	٤٩	٢٩,٢

ويتبين من الجدول أن كون البيئة من النوع غير التوافقي أكثر شيوعا من البيئات التوافقية ، كما أن كون البيئة تتسم بالعداء أكثر تكرارا من كون البيئة تتسم بالود والموالاة .

إن كون المدمن من طبقات اجتماعية دنيا ولمعايشته لمجتمع الاتجار فى الأفيون قد جعل قصصه تدور غالبا حول هذا النوع من البيئات التى تتسم بالخوف الدائم من السلطة والشعور الدائم بالتهديد . كذلك فان تصويره البيئة فى صورة معادية إنما يكشف لنا بوضوح عما يعانيه من مشاعر العزلة والاحساس بعدم الأمن وكأنه يقول مادام المجتمع حولى مهددا من السلطة ومادمت منبوذا من البيئة حولى فليكن تناول العقار هروبا من ذلك الهروب .

جدول رقم (٤٤)

يبين صورة الأم كما صورتها قصص عينة البحث الكليه ومجموعة العلاج فى مرات القياس المختلفة

« النسب المئوية للتكرارات »

البيان	الأم طيبة محبوبة	الأم متسلطة مكروهة	ثنائية المشاعر (الحب والكراهية)
مجموعة البحث الكلية :	٪	٪	٪
عند الدخول	١١	١٣	٧٦
بعد أسبوع	٩	١٢	٧٩
بعد عشرة أسابيع	١٢	١٥	٧٣
مجموعة العلاج :			
عند الدخول	١٥	١٩	٦٦
بعد أسبوع	١٣	٢٠	٦٧
بعد عشرة أسابيع	١٦	١٥	٦٩

(٣) صورة الشخصيات الوالدية :

تبين لنا من تحليل القصص بالنسبة لاتجاه المفحوص نحو الشخصيات

الوالدية أن جميع الاستجابات قد صورت الأب فى صورة عدائية متسلطا مع توقع مستمر للعقاب من جانبه وإبداء مشاعر الكراهية حياله . أما بالنسبة للأم فإن الأمر بدا مختلفا إذ بينت استجاباتهم مواقف متباينة وذلك كما يوضحه الجدول رقم (٤٤) .

وقد يكون مرجع هذا الاختلاف بين موقف المدمن حيال الأب عنه حيال الأم أن الأب — وبخاصة عند هؤلاء المدمنين المزمنين كبار السن — يعنى السلطة . ولما كانت السلطة بالنسبة لهم من عوامل التهديد ، فانه من المتوقع أن يكون الاتجاه نحوها هو اتجاه العداء المطلق . وهذا على خلاف الموقف حيال الأم إذ لا تشكل المرأة صورة السلطة فى المجتمع المصرى .

كذلك فان تفسير الموقف الكلى للمدمن حيال الأب والأم هو أنه صورة من الموقف الأوديبى حيث كان العداء كل العداء موجها إلى الأب والحب موجه إلى الأم ، ويؤكد ذلك ما وجده الباحث من أن الصورة الأكثر انتشارا عن الأم هى الحب والكراهية معا ، ذلك أنه لا يجد الكثير من الحرج فى إظهار مشاعر العداء للأب ولكنه يجد كل الحرج فى إظهار مشاعر الحب للأم بحكم التحريمات ، فيقدم لنا هذه المشاعر محوطة بسياج واه من الكراهية يكشف عن حقيقة هذه المشاعر .

إن شخصية المدمن التى تلجأ إلى النكوص دائما لتتعامل مع الواقع الحالى تستخدم النمط القديم لتتعامل مع الواقع الجديد ، ذلك النمط الذى يوجه فيه كل العداء للأب والحب للأم ، والترجمة الحالية هى العداء للسلطة والحب كل الحب لمصدر الإشباع الرئيسى وهو الأفيون .

وتتفق هذه النتيجة وما وجدناه عند تطبيق اختبار ساكس من أن اتجاهات المدمنين حيال الأم كانت أقل سلبية من اتجاهاتهم حيال الأب الذى كان يحظى بأكثر الدرجات سلبية من حيث متغير الأسرة .

(٤٠) أنواع الصراع ذات الدلالة :

قام الباحث بتحليل القصص لبيان أنواع الصراع التى يعيشها البطل وذلك بناء على الصراعات التى وجه « بلاك » إليها اهتمامه وهى :

(أ) الصراع بين الذات العليا وكل من الدافع إلى العدوان ، والدافع إلى الجنس ، والدافع إلى الامتلاك .

(ب) الصراع بين الدوافع بعضها البعض وهى الدافع إلى تحقيق النجاح والدافع إلى تحصيل اللذة ، الدافع إلى الاستقلال والدافع إلى الخنوع والمسايرة والاعتمادية .

هذا ويعد كل ما يرد فى قصص المدمنين من قيم ومعايير اجتماعية متفق عليها أو من يؤدى عملها من أب أو ضمير أو سلطة اجتماعية ، يعد أى من ذلك ذاتا عليا .

كما أن الدافع إلى العدوان يعنى كل ما يرد فى القصص ويعبر عن إلحاق الإذى بالذات أو بالآخرين .

والدافع إلى الجنس يعنى رغبة البطل فى الاستمتاع الجنسى بمختلف أنواعه، والدافع للامتلاك يعنى رغبة البطل فى الاستحواذ على شىء من الأشياء أو قيامه بسلوك معين ليقصد من ورائه إلى الحصول على هذا الشىء . والدافع إلى تحقيق النجاح هو كل ما يعبر عن محاولة البطل لتحسين مركزه إلى مستوى أعلى سواء فى الدراسة أو العمل .

والدافع إلى تحصيل اللذة يتمثل فى كل ما يرد فى القصص معبرا عن رغبة البطل فى التخلص من عبء ثقيل أو فى الاستمتاع بنوم أو طعام أو شراب أو نزهة ... إلخ ، بحيث يكون أشهى عند البطل من العمل الذى ينوى التخلص منه .

جدول رقم (٤٥)

يبين النسبة المئوية لتكرار أنواع الصراع المختلفة

فى عينة البحث الكلية ومجموعة العلاج فى مرات القياس المختلفة

البيـــان	عينة البحث الكلية						مجموعة العـلاج					
	عند الدخول		بعد أسبوع		بعد عشرة أسابيع		عند الدخول		بعد أسبوع		بعد عشرة أسابيع	
		٪		٪		٪		٪		٪		٪
بين الذات العليا والدافع للامتلاك	٢٩٠	٣٦,٨	٣٧٧	٣٧,٢	٣٧٩	٣٥,٨	٥٠	٣٢,٨	٦٠	٣٢,٤	٦٤	٣٣,٩
« « « للعدوان	٧٣	٩,٣	١١٤	١١,٢	١٢٢	١١,٥	١٧	١١,٣	٢٦	١٤,٠	٣٠	١٥,٩
« « « للجنس	٨٣	١٠,٥	١١١	١١,٠	١٢٦	١١,٩	١٩	١٢,٧	٢٩	١٥,٩	٣٢	١٧,٠
بين الدافع إلى النجاح والدافع لتحقيق اللذة .	١٨٠	٢٢,٩	٢٢١	٢١,٨	٢٦٤	٢٥,٠	٣٩	٢٥,٨	٤٢	٢٢,٧	٣٦	١٩,٢
بين الدافع إلى الاستقلال والدافع إلى الاعتماد	١٦٢	٢٠,٥	١٩١	١٨,٨	١٦٧	١٥,٨	٢٧	١٧,٤	٢٧	١٥,٠	٢٦	١٤,٠

والدافع إلى الاستقلال يعنى رغبة البطل فى التخلص من سلطان الغير أيا كان ، ومقابل ذلك الدافع إلى الاعتماد الذى يعنى رغبة البطل فى الانصياع والمسايرة للسلطة .

ويبين الجدول رقم (٤٥) أنواع الصراع المختلفة ..

ويتبين من الجدول أن أكثر الصراعات التى يعانى منها المدمن هو الصراع بين الذات العليا والدافع للامتلاك، وأن أقل هذه الصراعات هو الصراع بين الذات العليا والدافع للعدوان . أما بين الدوافع بعضها البعض فقد تبين أن الصراع بين الدافع إلى النجاح والدافع لتحقيق اللذة أكثر تواترا من الصراع بين الدافع إلى الاستقلال والدافع للاعتماد .

ومن هذه النتائج يتضح أن المدمن فى سبيل الوصول إلى الاشباع التخديرى يحاول امتلاك كل شىء والاستحواذ عليه ، وبمعنى آخر فانه من الوجهة النفسية يريد أن يبتلع البيئة كلها فى داخله ، فمادام لا يستطيع التعامل الايجابى مع البيئة فانه يريد أن يبتلع هذه البيئة ، ويؤكد ذلك أن الصراع بين الدافع إلى النجاح والدافع لتحقيق اللذة من أقوى الصراعات التالية للصراع بين الذات العليا والامتلاك . شخصية المدمن إذن لا تحتمل التأجيل ولا ترضى بالقليل ، إذ يبدو أن زيادة كمية الأفيون الناتج عن الاطاقة قد أصبحت من عوامل التعزيز لأن يزيد من متطلباته من البيئة فلم يعد يقنع بما تحت يده وأصبح فى اشتهاء (Graving) ليس فقط للعقار ولكن لكل ما يدور تحت ناظريه فى البيئة دون أى اعتبار لأية عوامل اجتماعية من قيم أو معتقدات أو ضوابط .

وهذه الصورة من الصراعات تعطينا تشابها كبيرا بين حال المدمن وحال الطفل فى مرحلة الطفولة المبكرة حين كان يرى أن العالم امتداد له ، وحيث لا هدف له إلا الحصول على اللذة دون اعتبار للواقع ومتطلباته وضوابطه ونواهيه .

جدول رقم (٤٦)

يبين قسوة الذات العليا كما تظهر فى العقاب على الجريمة
لدى عينة البحث الكلية ومجموعة العلاج فى القياسات المختلفة
« النسب المئوية للتكرار »

نوع العقاب	عينة البحث الكلية						مجموعة العلاج					
	عند الدخول		بعد أسبوع		بعد عشرة أسابيع		عند الدخول		بعد أسبوع		بعد عشرة أسابيع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
من حيث الشدة :												
شديد القسوة	١٨١	٥٤	٢٢٢	٧٢	٢٥٢	٧٣	٤٦	٦٦	٤٦	٧١	٥٥	٧٤
شديد اللين	١٥٥	٤٦	٨٦	٢٨	٩٣	٢٧	٢٤	٣٤	١٩	٢٩	٢٠	٢٦
من حيث توقيت العقاب												
عاجل	١١٨	٣٥	٨٦	٢٨	٧٦	٢٢	٢٤	٣٤	١٩	٢٩	١٩	٢٥
آجل	٢١٨	٦٥	٢٢٢	٧٢	٢٦٩	٧٨	٤٦	٦٦	٤٦	٧١	٥٦	٧٥
من حيث الملاءمة :												
عادل	١٦١	٤٨	١٦٦	٥٤	٢٠٣	٥٩	٣٩	٥٥	٣٨	٥٨	٤٣	٥٧
ظالم	١٧٥	٥٢	١٤٢	٤٦	١٤٢	٤١	٣١	٤٥	٢٧	٤٢	٣٢	٤٣

(٥) قسوة الذات :

تكشف طبيعة العقاب الذى وقع على بطل القصة وعلاقتها بدرجة المخالفة التى وقع العقاب بسببها عن قسوة الذات العليا كما تظهر فى العقاب على الجريمة .

فارتكاب البطل جرائم قتل ثم عدم معاقبته عليها قد يكشف عن انحراف سيكوباتى ، كما أن إصابة البطل بالقتل صدفة أو التمثيل بجثته قد يكشف عن استعداد للمرض النفسى ... وهكذا (عثمان نجاتى) .

ويتبين من الجدول بعامة أن المدمنين يميلون أن يكون العقاب شديد القسوة ، وآجلا ، وحديا بين الظلم والعدل .

وقد تكشف شدة القسوة مع الميل أن يكون العقاب آجلا عن سلوك شبيه بسلوك السيكوباتى ، كما أن شدة القسوة مع عدم الاهتمام بكون العقاب عادلا أو ظالما قد تكشف لنا عن شخصية ذات استعدادات عصابية . فهم يجمعون بين النمط السيكوباتى والنمط العصابى إزاء موقف العقاب . إن العقاب بالنسبة لهم ليس ناتجا عن جزاء يتلقاه البطل نظير قيامه بفعل ما ولكن العقاب هنا يقوم بوظيفة أخرى فهو يكشف لنا عن رغباتهم اللاشعورية فى تدمير ذواتهم .

ذلك أن العلاقات بين الموضوعات بعامة لم تعد علاقة مشبعة وإنما اصبحت العلاقة بين الموضوعات بمثابة وسائل يخدم بها المدمن رغباته ومتطلباته ، فلم يعد للموضوع الخارجي قيمة إلا بقدر ما يمثل إشباعات المدمن . والعقاب أيضاً لم يعد جزاء على فعل لا اجتماعى بقدر ما أصبح العقاب وسيلة من وسائل تدمير الذات التى يسعى إليها لاشعوريا عن طريق الأفيون .

جدول رقم (٤٧)

يبين أنواع القلق ونسبتها المئوية

لدى عينة البحث الكلية ومجموعة العلاج فى القياسات المختلفة

البيان	عينة البحث الكلية						مجموعة العلاج					
	عند الدخول		بعد أسبوع		بعد عشرة أسابيع		عند الدخول		بعد أسبوع		بعد عشرة أسابيع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
الفقر	١٢٩	٢٨	١٣٣	٣٠	١٦٨	٣٥	٢٦	٢٧	٢٦	٢٩	٣٣	٣٤
المرض	٦٠	١٣	٥٣	١٢	٥٣	١١	١٣	١٤	١١	١٢	١٢	١٢
فقدان القدرة الجنسية	١٢٤	٢٧	١٢٨	٢٩	١٥٤	٣٢	٢٤	٢٥	٢٢	٢٥	٣٤	٣٥
العقاب البدنى	٥١	١١	٣٥	٨	٢٩	٦	١١	١٢	١١	١٣	٥	٥
الحرمان	٤١	٩	٣١	٧	١٩	٤	٧	٧	٦	٧	٣	٣
الاستهجان	٣٧	٨	٤٠	٩	٣٨	٨	٩	٩	٨	٩	٧	٧
فقدان الحب	١٨	٤	٢٢	٥	١٩	٤	٦	٦	٤	٥	٤	٤

٦ – القلق :

لبيان أنواع القلق لدى أبطال القصص التى استجاب بها المدمنون فاننا عددنا كل ما يعبر عن الخوف عند البطل ويكون له أثر فى تحديد سلوكه بحيث تبدو الاستجابة غير متكافئة مع الموقف دليلا على وجود القلق .

ويبين الجدول رقم (٤٧) أنواع القلق كما تواردت فى قصص المدمنين .

ويشكل الفقر وفقدان القدرة الجنسية أهم مصدرين للقلق لدى أبطال قصص المدمن بينما يشكل فقدان الحب والحرمان أقل هذه المصادر للقلق .

وقد يعبر ذلك عن طبيعة الواقع النفسى الذى يحياه المدمن . فالفقر يعنى عدم إمكان الحصول على العقار مما يزيد من مشاعر الاكتئاب عنده ومما يجعله فى خوف ورعب من معاناة مشاعر الانسحاب التى سبق أن خبرها ومر بها . كذلك فان فقدان القدرة الجنسية لا يعنى عنده أكثر من عدم وجود تلك الفترة التى لا يشعر فيها بمشاعر الاكتئاب الملحة «فترة الاتصال الجنسى» فهو لا يستخدم الاتصال الجنسى وسيلة لإشباع الدافع بقدر استخدامه قناعا لمداراة الاكتئاب وإزاحته .

ويؤكد ذلك أن القلق الناتج عن فقدان الحب أو القلق من الحرمان قليل التواتر فى قصصهم ، إذ أنهم لا يهتمون بالعلاقات القائمة بينهم وبين الآخرين إذ لا يرون فيها إشباعا أو يحققون من ورائها إشباعا . إن نظرتهم إلى الآخرين تقوم على أساس أهمية وجود الآخر لواقعهم النفسى الخاص بهم دون أى اعتبار آخر .

مما تقدم يتبين أن أهم الحاجات لدى المدمن كما صورتها قصص الاختبار هى الحاجة إلى الأمن ، وأن البيئة من وجهة نظره غير توافقية عدائية ، وأنه

جدول رقم (٤٨)

يبين قيمة كا٢ ومستوى دلالتها الإحصائية
للمتغيرات المختلفة المتصلة باختبار تفهم الموضوع

البيان	القياس عند الدخول / بعد أسبوع			القياس بعد أسبوع / بعد عشرة أسابيع			القياس بعد عشرة أسابيع بدون علاج / مجموعة العلاج		
	قيمة كا٢	درجات الحرية	مستوى الدلالة	قيمة كا٢	درجات الحرية	مستوى الدلالة	قيمة كا٢	درجات الحرية	مستوى الدلالة
الحاجات	٧٤,٩٣٢	١١	دالة عند ,٠١	١٦٦,٦٣٠	١١	دالة عند ,٠١	١٢,٧٨٨	١١	غير دالة
البيئة	٢٩,٥٣٦	٣	دالة عند ,٠١	٥,١٠٠	٣	غير دالة	٤١,٥٥٣	٣	دالة عند ,٠١
الأم	٠,٣٠٠	٢	غير دالة	,٩٩٦	٢	» »	١,٠٥٦	٢	غير دالة
الصراعات	٢,٩٠٤	٤	غير دالة	٥,٤٤٨	٤	» »	٢٥,٢٨٠	٤	دالة عند ,٠١
شدة العقاب	٦,٩٥٠	١	دالة عند ,٠١	,٠٢٥	١	» »	,٠٢٦	١	غير دالة
توقيت العقاب	١,١٣٥	١	غير دالة	,٩٦٠	١	» »	,٢٥٠	١	» »
ملاءمة العقاب	,٧٢٠	١	» »	,٥٠٩	١	» »	,٠٨٢	١	» »
القلق	١,٠٧٦	٦	» »	١,٨٥٢	٦	» »	,٥٠٠	٦	» »

ينظر إلى الأب والسلطة عموما نظرة عدائية وأن نظرته إلى الأم هى نظرة ثنائية الوجدان (الحب والكراهية معا) وأن أهم الصراعات لديه هى صراعاته من أجل الامتلاك وصراعه من أجل تحقيق اللذة ، وأن العقاب عنده قاس وآجل ويميل إلى الظلم أكثر من العدل ، وأن أهم مصادر القلق لديه هو الفقر وفقدان القدرة الجنسية .

وقد قمنا باختبار دلالة الفروق بين القياسات المختلفه باستخدام (كا ٢) وذلك للمتغيرات التى تم تحليلها كما يبينه الجدول رقم (٤٨) .

ويتبين من الجدول أن هناك فروقا ذات دلالة احصائية بين القياس عند الدخول والقياس بعد أسبوع فى كل من ترتيب الحاجات وفى نوع البيئة فى شدة العقاب . إذ أن أهم ثلاث حاجات بدت فى القياس عند الدخول هى الاعتماد على الغير ، والنجاح ، والأمن .. بينما كانت الحاجة إلى الأمن ، الحب والعطف ، العدوان الخارجى هى أهم ثلاث حاجات فى القياس الثانى .

كذلك فان توارد البيئة المتوافقة الموالية فى القياس الأول بلغت نسبته المئوية ٣,٦ ٪ بينما بلغ فى القياس الثانى ١٠,٢ ٪ .

كما أن شدة العقاب كانت نسبتها المئوية عند الدخول ٥٤ ٪ بينما بلغت فى القياس الثانى ٧٢ ٪ .

كذلك تبين وجود فروق ذات دلالة احصائية بين القياس بعد أسبوع والقياس بعد عشرة أسابيع وذلك فى ترتيب الحاجات ، إذ كانت أهم ثلاث حاجات فى القياس الثالث هى الحاجة إلى الأمن ، الحب والعطف وتجنب الأذى .

كما تبين وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة العلاج وعينه البحث الكلية فى القياس الأخير وذلك فى نوعية البيئة وفى الصراعات ، فبينما تبدو البيئة متوافقة موالية بنسبة ٢٠,٨ ٪ لدى مجموعة العلاج نجد أن النسبة المقابلة لذلك لدى العينة الكلية ٨ ٪ ، كذلك فان الصراع لتحقيق اللذة بلغت نسبته فى العينة ٢٥ ٪ مقابل ١٩,٢ ٪ لدى مجموعة العلاج .

وعلى الرغم من تغير ترتيب الحاجات فى القياسات المختلفة فان الحاجة إلى الأمن ظلت عاملا مشتركا بينها .

كذلك فان الفروق الناتجة بين القياس الأول والقياس الثانى بعامة قد ترجع إلى انتهاء تأثير المخدر عند القياس الثانى ، فأهم حاجة وهو تحت تأثير المخدر هى الاعتماد على الغير بينما فى القياس الثانى بعد انتهاء تأثير المخدر هى الحاجة إلى الأمن ، كذلك فان البيئة بدت للمدمن بعد انتهاء تأثير المخدر أكثر توافقاً وموالية بينما بدا أكثر تشددا فى عقابه .

أما الفروق بين مجموعة العلاج وعينة البحث فقدانحصرت فى البيئة حيث كانت أكثر توافقاً وموالاة لدى مجموعة العلاج . كما أن صراعاتهم من أجل تحقيق اللذة كانت أقل من نظيرتها لدى عينة البحث .

خامساً : استفتاء ماسلو للطمأنينة الانفعالية : —

قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية للطمأنينة الانفعالية وذلك فى مرات القياس المختلفة وذلك كما يبينه الجدول رقم (٤٩)

جدول رقم (٤٩)

يبين المتوسطات والانحرافات المعيارية للطمأنينة الانفعالية
فى مرات القياس المختلفة

البيان	العينة الكلية			مجموعة العلاج		
	ن	سَ	ع	ن	سَ	ع
القياس الأول	٤٢	٣٧,٩	١٣,٦٧	٨	٤٩,٥	٥,٠٧
« الثانى	٤٢	٣٨,٨	١٤,٢١	٨	٥٠,٦	٥,٢٠
« الثالث	٣٤	٣٦,٤	١٣,٢٣	٨	٤٦,٣	٤,٨٨

ويتبين من الجدول أن متوسطات مجموعة العلاج بعامة أكبر من متوسطات العينة الكلية ، كذلك فان المتوسطات فى كل من المجموعتين تأخذ فى الزيادة ثم تعود إلى الهبوط مرة أخرى .

وقد قام الباحث باختبار دلالة الفروق بين المتوسطات مستخدما اختبار « ت » وذلك كما يبينه الجدول رقم (٥٠) .

جدول رقم (٥٠)

يبين قيمة « ت » ودلالتها المعنوية

للمقارنات المختلفة بين مجموعات البحث

البيـــان	ت	مستوى الدلالة
القياس عند الدخول / بعد أسبوع	,٢٩٢	غير دالة
القياس بعد أسبوع / بعد عشرة أسابيع لمن لم يحضروا علاجا	,٧٦٠	غير دالة

ويتبين من الجدول أن قيمة « ت » غير دالة احصائيا ، أى أنه يمكن القول أنه لم تحدث آية تغيرات فى درجة الطمأنينة الانفعالية عند المدمن .

كذلك قام الباحث بدراسة دلالة الفروق فى القياسات المختلفة لمجموعة العلاج باستخدام اختبار الوسيط وذلك كما يبينه الجدول رقم (٥١) .

جدول رقم (٥١)

يبين قيمة كا٢ ومستوى دلالتها الإحصائية
للمقارنات المختلفة بين مجموعة العلاج

البيـان	قيمة كا٢	مستوى الدلالـة
القياس عند الدخول / بعد أسبوع	٣٥٠,	غير دالـة
القياس بعد أسبوع / بعد عشرة أسابيع	٤,٠٦٣	دالّة عند ٠٥,

ويتبين من الجدول أن هناك فرقا ذا دلالة بين القياس بعد أسبوع مقابل القياس بعد عشرة أسابيع . فبينما تبلغ نسبة من هم فوق الوسيط فى القياس بعد أسبوع ٨٧,٥ ٪ نجدها فى القياس بعد عشرة أسابيع تبلغ ٢٥ ٪ فقط ، كذلك إذا رجعنا إلى المتوسطات لوجدنا أن متوسط القياس بعد أسبوع هو ٥٠,٦ بينما متوسط القياس بعد عشرة أسابيع هو ٤٦,٣ .

ولما كانت زيادة الدرجة فى هذا المقياس تعنى عدم الطمأنينة الانفعالية فانه من الممكن القول أن هناك اتجاها متزايدا لمجموعة العلاج نحو الطمأنينة الانفعالية — ومما يؤكد ذلك أن النقص الذى حدث في المجموعة الكلية لم يكن ذا دلالة إحصائية بينما كان فى مجموعة العلاج ذا دلالة إحصائية .

وعند دراسة دلالة الفروق بين المجموعة الكلية ومجموعة العلاج فى القياسات المختلفة تبين لنا أن جميع الفروق ذات دلالة احصائية وذلك كما يبينه الجدول رقم (٥٢) .

جدول رقم (٥٢)
يبين قيمة «ت» ودلالتها الاحصائية
لمقارنة القياسات المختلفة بين المجموعة الكلية ومجموعة العلاج

البيان	قيمة ت	مستوى الدلالة
القياس الأول (كلية / علاج)	٤,١٨٨	دالة عند ٠١,
القياس الثانى » »	٦,٩١٨	دالة عند ٠١,
القياس الثالث » »	٣,٤٧١	دالة عند ٠١,

وقد يرجع ذلك الفرق بين المجموعة الكلية وعينة العلاج منذ القياس عند الدخول إلى أن جميع أفراد مجموعة العلاج قدموا إلى المستشفى فى الفترة التالية لقيام أجهزة الأمن بفرض الحصار على منطقة الباطنية وهى من أكبر المناطق للاتجار فى المخدرات ، أى أنهم عايشوا توترا نفسيا شديدا بين محاولة الحصول على المخدر والخوف من القبض عليهم من رجال الأمن .

يتبين لنا مما سبق أن المدمنين يعانون من شعور بعدم الأمن والطمأنينة الانفعالية ، ذلك أننا إذا علمنا أن درجات العينة الكلية فى القياسات المختلفة وهى ٣٨ ، ٣٩ ، ٣٦ على الترتيب تقابل الميئينيات ٧٠ ، ٧٢ ، ٦٢ ، كما حسبت من واقع عينة من طلاب الجامعات المصرية (أحمد عبد العزيز سلامة ١٩٧٤) ، كما أن الدرجات التى حصل عليها مجموعة العلاج فى القياسات المختلفة وهى ٥٠ ، ٥١ ، ٤٦ تقابل الميئينيات ٩٤ ، ٩٥ ، ٨٩ .

كذلك فان التغير فى درجة الطمأنينة الانفعالية لدى مجموعة العلاج أكبر من المجموعة الكلية ، فاذا نسبنا الفرق بين القياس الأول والأخير فى المجموعتين إلى القياس الأول لكانت النسب ٠٤٠, للعينة الكلية و ٠,٠٦٥

لعينة العلاج . هذا بالإضافة إلى ما سبق أن تبين من وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج عينة العلاج .

أختبار الذكاء المصور :

قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية الخاصة بالذكاء لعينة البحث الكلية ولمجموعة العــلاج وذلك كما يبينه الجــدول رقم (٥٣)

جدول رقم (٥٣)

يبين المتوسطات والانحرافات المعيارية للذكاء

لعينة البحث ولمجموعة العلاج

البيان	عينة البحث الكلية			مجموعة العلاج		
	ن	سَ	ع	ن	سَ	ع
عند الدخول	٤٢	١٤,٧	٦,٤٩	٨	١٤,٦	٤,٦٣
بعد أسبوع	٤٢	٢٢,٥	٨,٢٧	٨	٢٢,٣	٥,٧٤
بعد عشرة أسابيع	٣٤	٢٣,٢	٧,٩٧	٨	٢٣,٦	٥,٥٨

ويتبين من الجدول تشابه متوسطات الذكاء فى القياسات المختلفة بين عينة البحث الكلية وبين مجموعة العلاج . إلا أنه من الملاحظ انخفاض متوسط القياس عند الدخول عن القياسين التاليين وذلك فى كل من المجموعتين .

لذلك قام الباحث باختبار دلالة الفروق بين متوسطات العينة الكلية وذلك باختبار « ت » لدلالة الفروق كما يبينه الجدول رقم (٥٤) .

جدول رقم (٥٤)

يبين قيمة « ت » بين القياسات المختلفة
لعينة البحث الكلية

البيـــان	قيمة ت	مستوى الدلالة
القياس عند الدخول / بعد أسبوع	٤,٧٤٧	دالة عند ٠١,
القياس بعد أسبوع / عشرة أسابيع	٣٧٤,	غير دالة

ويوضح الجدول أن هناك فرقاً ذا دلالة إحصائية بين المتوسط عند الدخول والمتوسط الخاص بالقياس بعد أسبوع وهذا يعني أن الفرق بين متوسط الذكاء عند الدخول يختلف عن متوسط الذكاء بعد أسبوع .

كذلك قام الباحث باختبار دلالة الفروق بين متوسطات الذكاء لعينة العلاج باستخدام اختبار الوسيط وذلك كما يبينه الجدول رقم (٥٥) .

جدول رقم (٥٥)

يبين قيمة كا٢ ودلالتها الاحصائية للمقارنات المختلفة بين عينة العلاج

البيـــان	قيمة كا٢	مستوى الدلالة
القياس عند الدخول / بعد أسبوع	٤,٠٦٣	دالة عند ٠,٥
القياس بعد أسبوع / بعد عشرة أسابيع	١,٠١٦	غير دالـة

ويتضح من الجدول أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين متوسط القياس عند الدخول والمتوسط بعد أسبوع . أى أن متوسط الذكاء عند الدخول يختلف عن نظيره بعد أسبوع .

كما أن الباحث قام بدراسة دلالة الفروق بين متوسطات العينة الكلية ومتوسطات مجموعة العلاج فى القياسات المختلفة باستخدام اختبار « ت » وذلك كما يبينه الجدول رقم (٥٦) .

جدول رقم (٥٦)

يبين قيمة « ت» ومستوى دلالتها الاحصائية
للمقارنات المختلفة بين عينة البحث الكلية ومجموعة العلاج

البيـــان	قيمة ت	مستوى الدلالة
عند الدخول (عينة كلية/عينة علاج)	,٠٥٢	غير دالة
بعد أسبوع « «	,٠٣٥	« «
بعد عشرة أسابيع « «	,١٥٤	« «

ويتبين من الجدول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات العينة الكلية ومتوسطات مجموعة العلاج .

مما سبق يتبين أنه لا توجد أية فروق بين مجموعة البحث الكلية وبين مجموعة العلاج . إلا أنه توجد فروق فى كل من المجموعتين بين القياس عند الدخول والقياس بعد أسبوع . بينما لا توجد أية فروق بين القياس بعد أسبوع والقياس بعد عشرة أسابيع فى كل من المجموعتين . فمتوسطات

القياس الأول فى المجموعتين منخفضة بصورة واضحة وذات دلالة إحصائية عن المتوسطين الخاصين بالقياسين التاليين وذلك كما أوضحه الجدول رقم (٥٣) .

ولما كان التأثير العام للأفيون هو التقليل من النشاط الفسيولوجى ونشاط الكائن الحى بوجه عام بحيث إن تأثيراته الأساسية تتضمن انهباط الجهاز العصبى المركزى وجميع نواحى المخ والمجموع العصبى حتى الحبل الشوكى (Krantz & Carr 1961)

ولما كان المدمنون يدخلون المصحة عادة وهم تحت تأثير المخدر وبكميات أكثر من الكميات المعتادة لهم .

ولما كان من غير الممكن أن يتسبب التواجد فى المصحة لمدة أسبوع فى زيادة درجة الذكاء بهذه الصورة ، وهو متغير يتسم بالثبات النسبى .

ولما كانت الأداة المستخدمة من الأدوات المحقق ثباتها علميا والدليل على ذلك ثبات القياسين الثانى والثالث ، بالإضافة إلى أنها من نوع الاختبارات الموقوتة بزمن محدد .

فان نقص الدرجة فى المرة الأولى عنه فى المرتين التاليتين قد يكون مرده إلى أن القياس الأول قد تم والحالات فى حالة انهباط عام وضآلة فى النشاط . بحيث أن أداءهم كان أقل من المرتين التاليتين . ويؤكد ذلك أن الوقت الذى كان يقضيه الباحث مع المدمن فى أول فترة قياس بالنسبة للأدوات الأخرى ، وكلها غير محددة الزمن ، كان أكبر بكثير من المدة التى كان يقضيها المدمن فى المرات التالية ، إذ كان اختبار الشخصية متعدد الأوجه – مثلا – يأخذ فترة تطبيق فى المرة الأولى أكثر بقليل من الساعتين بينما فى المرات التالية كان يأخذ وقتا يقارب الساعة والنصف .

وإذا قيل أن الزيادة فى الدرجة مرده إلى إعادة استخدام الأداة ،

فإننا نقـــرر أنه لم تكن هناك أية فروق ذات دلالة احصائية بين القياسين الثانى والثالث . إذ لو كان الأمر ناتجا من أثر التدريب لظهر نفس الأثر فى القياس الثالث وهذا ما لم نجده .

نقص متوسط درجة الذكاء فى القياس الأول إذن مرده إلى أن آداء الفرد العقلى تحت تأثير المخدر يكون أبطأ من أدائه بدون مخدر ، دون أن يؤثر المخدر على طبيعة الأداء من حيث المستوى الذى ينتمى إليه الفرد ، وذلك بمعنى أن أداء المجموعة الكلية تقل درجته مع الحفاظ على نفس الفروق الموجودة بينها ، وهذا يؤكده ما وجده الباحث عند حسابه لمعامل الارتباط بين القياس الأول « عند الدخول » والقياس بعد أسبوع للعينة الكلية ، أى معامل الارتباط بين الأداء تحت تأثير المخدر والأداء بدون مخدر . وقد بلغت قيمة معامل الارتباط ٦٨٧, وهو معامل دال إحصائيا لمستوى (٠٠١,) .

كذلك يتبين أن المدمنين ينتمون بعامة إلى مستويات دنيا من الذكاء ، ذلك أن متوسطات القياس تتراوح ما بين ٢٢,٣ ، ٢٣,٦ وهى تقابل نسب الذكاء ٧٧ ، ٧٩ كما يحددها مبيان المعايير للاختبار .

سابعاً : جلسات المناقشة الجماعية : —

عقد الباحث ١٧ جلسة مناقشة جماعية مع ثمان حالات وذلك على مدى عشرة أسابيع بدأت بعد انتهاء الأسبوع الأول من دخولهم المصحة ، يعرض الباحث لها فيما يلى :

١ — مكان الجلسات : عقدت هذه الجلسات فى داخـــل مصحـــة الأمراض النفسية بالخانكة ، فى غرفة مستقلة أعدتها إدارة المصحة لهذا الغرض .

٢ – مدة الجلسات : مدة الجلسة بعامة كانت ساعتين ، وإن استمرت بعض الجلسات فترة زمنية أكثر من ذلك .

٣ – تسجيل الجلسات : استخدم الباحث جهاز تسجيل لكل ما يدور فى الجلسات وبموافقة كل المدمنين .

٤ – كيفية اختيار المدمنين : اختير المدمنون بأسلوب الاختيار المقصود ، بمعنى أنهم أولئك المدمنون الذين مضى عليهم بالمصحة أسبوع أو أكثر ولن يغادروا المصحة قبل ١٠ أسابيع ، ولم تنطبق هذه الشروط إلا على هؤلاء الثمانية .

٥ – الهدف من الجلسات : حدد الهدف من الجلسات فى أنه مناقشة للتاريخ الإدمانى للحالات تقصه كل حالة أمام بقية الحالات (١) ، على أن تشترك الحالات مع الباحث فى مناقشة كل حالة فيما تقوله ، وذلك كوسيلة لمساعدتهم على أن يستبصروا بأنفسهم أكثر ، وأن يتخلصوا من الإدمان وأن يروا أنفسهم أمام بعضهم البعض .

٦ – البرنامج : حدد الباحث موضوع الجلسات على النحو التالى :

(أ) الجلسة الأولى جلسة تمهيدية للتعريف بهدف البرنامج وحدوده وفوائده المرجوة ، وإجابة ما يعن من أسئلة لدى الحالات ، مع إفهامهم أن حضور هذه الجلسات ليس إجباريا ولكنه اختيارى ومن ثم فان من لا يرغب فى الحضور من الآن يستطيع الانسحاب .

(ب) الجلسات من ٢ – ١٢ تعرض فيها الحالات تاريخها الإدمانى مع إجراء المناقشات فيما تقول

---

(١) الملحق رقم (و) يحتوى على خمسة نماذج من هذه القصص .

(ج) الجلسات من ١٣ ــ ١٩ مناقشات عامة حول الأفيون وإدمانه ومجتمع المدمنين مع إلقاء محاضرات فى نهاية كل جلسة فيما لا يزيد عن ١٥ دقيقة تتناول موضوعا عن الأفيون وكانت هذه الموضوعات هى: الأضرار الاجتماعية للافيون ــ الأضرار النفسية للأفيون ــ الأضرار الطبية للأفيون ــ الأفيون والنشاط الجنسى ــ الإدمان والدين ــ الأضرار الشخصية والاجتماعية للإدمان . وكانت المحاضرات تلقى فى نهاية الجلسة دون السماح بمناقشتها إلا فى الجلسة التالية ، أى أن الباحث كان يستخدمها بمثابة وسيلة من وسائل بدء النقاش فى الجلسة التالية .

(د) الجلسة ٢٠ يتناول فيها المدمنون تقييم الجلسات السابقة وما تركت فيهم من تأثير ومقترحاتهم لبرنامج الجلسات .

٧ ــ البرنامج الفعلى : استمر البرنامج الفعلى ١٧ جلسة فقط بينما كان المخطط له ٢٠ جلسة ، وعلى الرغم من ذلك فقد تم تنفيذ البرنامج عن طريق ضغط الجلسات من ١٣ ــ ١٩ إلى ١٣ ــ ١٦ .

٨ ــ توصيف الجلسات :

(أ) التفاعل : لم يكن هناك تفاعل يذكر بين المدمنين بعضهم البعض فى الجلسات الأولى . ولكن الباحث لاحظ بعد ذلك أن درجة التفاعل قد ازدادت وأنهم اعتبارا من الجلسة السابعة كانوا يستطيعون إدارة المناقشات فيما بينهم دون تدخل كثير من الباحث ، ذلك أن اثنين منهم كانا على درجة كبيرة من الاشتراك الايجابى فى الجلسات ، انضم إليهما بعد ذلك ثلاثة أفراد آخرين ثم اثنان ، أما المدمن الثامن فقد كان يجر إلى المناقشات جرا ، وظل على هذه الحال حتى نهاية الجلسات .

وقد ظهر بوضوح منذ البداية أن مجموعة العلاج قد لمع فيها نجم

أحدهم كان بمثابة القائد وهو يعمل كاتب محام ، وكان هناك فرد آخر يعمل بسلاح المهمات شديد الالتصاق والقرب من هذا المدمن بينما كانت بقية الجماعة فى تباعد نسبي بين بعضهم البعض وذلك باستثناء الحالة الأخيرة الذى كان يعمل تاجر مخلفات جيش بوكالة البلح والذى كان منغلقا دون نفسه . وقد بينت المناقشات فى الجلسات المختلفة أن التفاعل بين أعضاء الجماعة من نوع التفاعلات السطحية ، فعند جدالهم حول نقطة ما فانهم سرعان ما ينهون النقاش تاركين لكل فرد رأيه دون محاولة جادة للتأثير فى رأى الآخر ، إنهم يذكروننا فى هذه النقطة بالذات بالتفاعل الموجود بين أطفال ما قبل المدرسة حيث يغضبون ويتشاجرون ويتصالحون ويمرحون فى أسرع وقت ممكن .

(ب) التاريخ الإدمانى للحالات :

قامت الحالات بعرض تاريخها الإدمانى .ويبين التاريخ الإدمانى بجلاء صدق النظرة الوبائية للإدمان ، فاذا كان الإدمان فى جوهره مشكلة نفسية ، فان جماعة الرفاق والأقران والأصدقاء ممن يتعاطون المخدر يعدون من العوامل المعجلة بوقوع الآخرين فى الإدمان . كذلك فان نظرتنا إلى أن الإدمان مشكلة سيكولوجية يدعمه ما قال به المدمنون من أن الآخرين هم الذين قادوهم إلى الأفيون ، فلو كان البنيان النفسى للمدمن من البنيانات السوية لما عاد الكرة ، وتعاطى الأفيون فى المرة الثانية والثالثة وهكذا . إن بنيانه يفرض عليه الإدمان ويدفعه إليه دون هوادة ، إن المخدر قد قدم له الحل الذى يرضيه لحل مشكلاته النفسية وأسلوب تعامله مع الواقع وإلا استمر فى تعاطيه والوقوع فى إدمانه .

(ج) الأفكار والمعتقدات السائدة عن الأفيون لدى المدمنين كما بدت فى جلسات المناقشة :

تعد الأفكار والمعتقدات التالية أهم ماتبينه الباحث فى جلسات المناقشة وهى :

١ ـ أن الأفيون أفضل عقار يحقق لهم الحالة المزاجية المطلوبة وأنه لا يوجد عقار يعادل تأثيره لأنه أقوى العقاقير .

٢ ـ أن الأفيون علاج لكل شيء ، للجسم والعقل ، لبعث السعادة والسرور .

٣ ـ أن جزءا من دخلهم يجب أن يخصص للأفيون إذ أنه فى حالة امتناعهم عنه فان دخولهم تقل ويصيبها التدهور .

٤ ـ أن أولئك الذين لا يدمنون أقرب ما يكونون إلى الحيوانات والدليل على ذلك عندهم أن الحيوانات لا تدمن .

يعد ما سبق أهم الأفكار عن الأفيون . وهذا عدا العديد من الأفكار الأخرى مثل أن الأفيون يتعاطاه كل الناس ولكن نظرا لفقرهم فانهم قد لجأوا إلى هنا ، وأنه لا حياة بدون أفيون ، وأنه أساس للاتصال الجنسى ... إلخ .

وهذه الأفكار والمعتقدات التى يؤمنون بها عبارة عن تكأة يتكئون عليها لتبرير إدمانهم ولإقناع أنفسهم أنهم على صواب وأنه لا غنى عن الأفيون على الاطلاق . ويؤكد ذلك ما تبين فى الجلسات من افتقارهم الشديد إلى أى معلومات عن آثار الأفيون الطبية (مزاياه وأضراره) ، فهم يبالغون مبالغة غير واعية فى المزايا كما يبالغون أيضاً وبنفس الدرجة فى الأضرار فالأفيون من وجهة نظرهم يحرق الكبد ، ويحرق الدم ، وأن إضراره بالكبد يقلل من قوة الرجل الجنسية لأن الكبد هو الذى يفرز الحيوانات المنوية ، ويصيب بضعف الابصار أو العمى .

ونعتقـد أن مبالغتهم فى ذكر مزايا الأفيون تعد نوعا من التبرير لسلوكهم كما أن مبالغتهم فى المساوىء تعبر عن مخاوفهم اللاشعورية ورغبتهم الملحة فى عقاب أنفسهم .

(د) الموضوعات التى أثارها الباحث فى الجلسات :

كان الهدف من هذه الموضوعات (وهى الأضرار الاجتماعية والنفسيه والطبية للأفيون ، والأفيون والنشاط الجنسى والإدمان والدين ، والأضرار الشخصية للأفيون) هى تقديم مثير معرفى جديد إلى جانب المعتقدات المعرفية الموجودة لدى المدمن بحيث يواجه المدمن تناقضا معرفيا بين ما لديه من معتقدات وبين ما قدمنا له من معتقدات أخرى من جانب الباحث . ولا يهمنا بطبيعة الحال قبول أو رفض المعتقدات الجديدة بأية حال من الأحوال إذ أن الباحث لا يهدف إلى معالجة معرفية للإدمان ولكنه يهدف إلى معالجة انفعالية من خلال موضوع معرفى بحت . إن إثارة التناقض المعرفى لدى المدمن يساعدنا على تفهم شخصيته من خلال عملية تناوله لهذا التناقض ، كما أنه قد يساعد فى نفس الوقت على تعديل سلوك المدمن وذلك فى محاولته لحل هذا التناقض .

ولقد كانت استجابة المدمنين للموضوعات المثارة تتميز بمحاولتها احتواء الأفكار المعرفية الجديدة فى التنظيم المعرفى القائم لديهم وذلك بتأكيدهم على أن كل ما سمعوه صحيح ولكنهم لا حيلة لهم فى تعاطى العقار وأنهم يودون مساعدة أى أحد . وذلك حتى لا يكونوا أمام أى تناقض معرفى .

وعند مناقشتهم فيما يعتقدون به من آراء حول الأفيون وبين ما قدم إليهم من آراء وبيان أوجه الخلاف بينها . تبين الباحث نماذج من الاستجابات متعددة ومتباينة يحددها الباحث فيما يلى :

١ ــ أن آراءهم ومعتقداتهم صحيحة « من واقع خبرتهم » وأن ما قدم إليهم أيضاً صحيح .

٢ ــ أن آراءهم خاطئة تماما وأن ما قدم من آراء صحيح تماما .

٣ ـ أن الآراء التى قدمها الباحث ليست صحيحة تماما لأن من قالوها لم يجربوا الأفيون .

نحن إذن أمام ثلاثة أنماط من الاستجابة حيال التناقض المعرفى ، الأول يعبر عن ثنائية الفكر فى محاولة لابتلاع النمط الجديد داخل النمط القديم الراسخ ، والنمط الثانى من الاستجابة يحاول أن يحل التناقض عن طريق التقرب الشديد إلى مصدر هذه الآراء وإفهامه أن كل ما يقول صحيح وأن الحالة على خطأ ، ويظل كل شيء على ما هو . أو هو نوع من مجاراة الباحث وإرضائه .

والنمط الثالث يعبر عن استجابة دفاعية عن النمط القديم الراسخ عن طريق التشكيك فى النمط الجديد .

فاذا تصورنا أن الباحث يمثل السلطة أو الأب لتبين لنا أنه يمكن أن نقسم سلوك المدمنين ازاءها إلى سلوك يتميز بالتحاشى ، سلوك يتمثل بالتقرب الشديد رغبة فى تحقيق مطالب المدمن ، سلوك عدوانى تجاه السلطة . ويعد النمط الأول والثانى من أكثر الأنماط شيوعا بين مجموعة العلاج أما النمط الثالث فلم يجده الباحث إلا فى حالة واحدة .

(هـ) موضوعات أثيرت ولم تكن فى برنامج الجلسات :

يذكر الباحث فيما يلى الموضوعات التى أثيرت فى الجلسات ولم تكن ضمن البرنامج .

١ ـ الشكاوى من إدارة المصحة :

حاول المدمنون العديد من المرات وبصورة ملحة أن يتحول موضوع المناقشات إلى ما يدعونه من مشكلات بينهم وبين إدارة المصحة . وقد أفهمهم الباحث العديد من المرات أن ذلك ليس من الأهداف التى اتفق عليها وأن هذه الشكاوى يمكن أن تناقش مع رئيس القسم . ولما زاد ضغط

الحالات اتفق على جلسة خاصة بها بعد انهاء الجلسات المقررة .

وإذا كان من المعروف أن الجانحين والمجرمين الموجودين بالمؤسسات العقابية كثيرو الشكوى فان المدمنين بحكم بنيانهم الشخصى كثيرو الشكوى والإحساس بالاضطهاد، ويؤيد ذلك نتائج البحث الحالى ونتائج البحوث الأجنبية التى تعرضت لهذا الموضوع .

٢ — طلب مساعدات من وزارة الشئون بعد الخروج :
وقد وعدهم الباحث بتيسير ذلك وتم — عن طريق الاتصال الشخصى بأحد كبار المسئولين بالوزارة — صرف إعانات مالية لمن يستحق منهم(١) .

٣ — بعض المشكلات الشخصية التى اعتبرها أصحابها سرية جدا وقد عقد الباحث مع ثلاثة من المدمنين مقابلات فردية مستقلة بقصد مساعدتهم وحتى لا يؤثر ذلك على سير الجلسات .

٩ — تقييم الجلسات : —

(أ) تقييم الجلسات من قبل المدمنين :

قام الباحث بعقد جلسة مع مجموعة العلاج بعد نهاية الجلسات بقصد من ورائها التعرف على آراء مجموعة العلاج فى هذه الجلسات وما أفادوه منها ، وآرائهم فيما يجب أن يكون عليه أى برنامج آخر للجلسات .

وقد تبين الباحث أن ثلاثة منهم قد قالوا أنهم أفادوا من هذه الجلسات فائدة كبرى وأنهم سيخرجون من المصحة ولن يعودوا إليها ، وذلك خلافا للمرات السابقة التى خرجوا وكانوا متأكدين من عودتهم مرة ثانية .

---

(١) يقدم الباحث فى هذا الصدد خالص التقدير والاحترام السيد المهندس محمد حسن وكيل وزارة الشئون الاجتماعية لتقديمه المعونة للمدمنين .

وقد قرر ثلاثة آخرون أنهم استفادوا ولكنهم يرون أنها فائدة جزئية لأن آلامهم الجسمية مازالت مستمرة وأنهم لم يعالجوا بالمصحة وأن ذلك قد يدفعهم إلى العودة إلى الإدمان مرة أخرى .

أما الحالتان الأخريان فقد قررا أنهما لم يستفيدا من هذه الجلسات وعلى حد تعبير أحدهما « ك » : « أهو بنقعد ونتكلم وندش كلام ووجع راس .. ايه اللى حصل لنا طول مالمصحة بالنظام بتاعها . يبقى اللى بنعمله هنا يفيدنا ازاى » ..

وقد أجمعت نسبة ٨٥ ٪ من الحالات أنه لو زاد عدد الجلسات وصاحبها علاج طبي ورعاية اجتماعية لأفادت كثيرا .

(ب) تقييم الجلسات من قبل الباحث :

١ – هذا النوع من الجلسات من أبسط وسائل العلاج النفسى وأكثرها بدائية على ذلك فان الفائدة المرجوة منه عادة ما تكون محدودة وأولية .

١ – حاول الباحث جهد طاقته أن يجعل هذه الجلسات على غرار جماعات المواجهة وأن يجعل من كل ما يقوله أحدهم مثيرا معرفيا يثير لديهم العديد من الاستجابات والانفعالات وأن يجعل الفرد فى مواجهة الآخرين(١) .

٣ – يرى الباحث أن الجلسات الحالية قد أدت الهدف منها إلا أن الباحث قد تبين أن تقديم الخدمات النفسية فقط دون بقية الخدمات قد خلق لدى الحالات نوعا من الصراع بين ما شعروا به من جراء تلك الخدمة

---

(١) قام الباحث بحضور بعض جلسات العلاج الجمعى التى يعقدها الدكتور محمد شعلان فى مستشفى المنيل الجامعى صباح يومى السبت والثلاثاء ، وقد أفاد من هذا الحضور كثيرا فى إدارته جلسات المناقشة التى عقدها مع المدمنين .

النفسية وبقاء بقية العوامل كما هى . وعلى الرغم من أن الناحية المنهجية البحتة تفرض تقديم أسلوب من العلاج فقط حتى يمكن التعرف على تأثيره مع ثبات بقية العوامل ، إلا أنه من الأوفق لمن يهتم بالبحث العلمى فى هذه المسألة أن يقدم برنامجا متكاملا من النواحى الطبية والنفسية والاجتماعية مقابل برنامج آخر .

٤ — إن الفائدة التى حدثت فى هذا البرنامج هى إنها احدثت هزة ى شخصية المدمن وأنه من وجهة نظر الباحث أصبح أكثر استبصارا من غيره .

٥ — إن عدد الجلسات، غير كاف وأن من الأفضل أن تـ بد كثيرا عن ذلك .

٦ — تبين الباحث — كما أكدت نتائج البحث — أن تقديم أى برنامج للخدمات النفسية أفضل بكثير من عدم تقديم أى شىء .

الفصل الثامن

تفسير النتائج

- التحقق من الفرض .
- ديناميات الشخصية لدى المدمن .
- وجهة نظر حول ظاهرة الإدمان .

نعرض فى هذا الفصل إلى تفسير النتائج التى تم التوصل إليها على ضوء الفروض الخاصة بالبحث ، ثم يلى ذلك عرض لديناميات الشخصية لدى المدمن من منظور نفسى اجتماعى وأخيرا نقدم وجهة نظر حول ظاهرة الإدمان .

أولا : تفسير النتائج على ضوء فروض البحث :ـ

١ ـ بالنسبة للفرض الأول القائل بشيوع عدم الطمأنينه الانفعالية بين مدمنى الأفيون ، فقد أثبتت النتائج صحة ما ذهب إليه الفرض إذ تبين أن المدمنين يعانون من شعور عام بعدم الأمن والطمأنينة الانفعالية (الجدول رقم ٤٩) .

ولما كانت الأبعاد الثلاثة الأساسية التى تغد بمثابة العلل فى انعدام الشعور بالأمن الانفعالى والطمأنينة النفسية هى :

(أ) شعور الفرد بأنه غير محبوب ، وأنه يعامل بدون مودة أو بأنه مكروه ومحتقر من الآخرين .

(ب) شعور الفرد بالعزلة والانفراد والتوحد أى مشاعر الوحدانية .

(جـ) الشعور الدائم لدى الفرد بالخطر أو الشعور بالقلق .

ولما كانت هذه الأبعاد المختلفة من إحساس بعدم المودة إلى إحساس بالعزلة إلى شعور بالخطر قد ظهرت بجلاء عند عرض الباحث لدراسة حالات بعض المدمنين بالإضافة إلى ما تبينه الباحث من وجود هذه المشاعر لدى مجموعة العلاج ولدى جميع المدمنين . فان ذلك يبين افتقار المدمنين

إلى الطمأنينة النفسية . أن حاجتهم إلى الطمأنينة النفسية بالإضافة إلى طبيعة البنيان الشخصى عندهم جعلهم يلجأون إلى الإدمان فى محاولة مستميتة لمداراة هذه المشاعر المسيطرة عليهم . والحصول على مشاعر زائفة بالطمأنينة النفسية . ومن النتائج التى تسترعى الانتباه أن الباحث قد وجد عند دراسته لبعض حالات الإدمان أن نمط الشخصية قد يبدو مختلفا من حالة إلى أخرى ، إذ بدت بعض الحالات أكثر عصابية والأخرى أكثر ميلا للذهان أو أكثر ميلا للانحراف السيكوباتى ، إلا أنها جميعا اشتركت فى كونها تفتقر بشدة إلى الطمأنينة النفسية ، وتصل بنا هذه النتيجة إلى أن اضطراب الشخصية لدى المدمن عميق الجذور ، ذلك لأن تكون الأعراض الخاصة بذلك ونشأتها إنما يتم فى فترة مبكرة فى حياة الفرد بحيث نجد فى النهاية فردا راشدا غير آمن يظل كذلك حتى لو تحققت له أسباب السلامة والانتماء والحب .

٢ – بالنسبة للفرض الثانى القائل بانتماء مدمنى الأفيون إلى مستويات ذكاء منخفضة فقد أثبتت النتائج صدق هذا الفرض (الجدول رقم ٥٣) إذ تبين أن المدمنين ينتمون بعامة إلى مستويات دنيا من الذكاء ذلك أن نسب الذكاء الخاصة بهم تراوحت ما بين ٧٧ ، ٧٩ فى القياسات المختلفة التى أجراها الباحث وذلك كما حددها مبيان المعايير الخاص بالاختبار المستخدم .

ولما كان المدمنون ينتمون – كما بينت نتائج البحث – إلى طبقة اجتماعية دنيا ، ولما كان معظمهم يعمل فى مهن يدوية غير فنية دنيا .

ولما كانت هناك علاقة بين التحصيل والذكاء ، وحيث إن نسبة كبيرة منهم تنحصر ما بين الأمية ومعرفة القراءة والكتابة .

(ولما كان متوسط العمر الزمنى الحالى لديهم أكثر من أربعين سنة أى أن نسبة الذكاء عندهم قد بدأت فى التدهور) .

ولما كان متوسط فترة الإدمان عندهم يزيد عن ٢٠ سنة أى أن هناك تأثيرا تخديريا طوال هذه الفترة على جميع أجهزة الجسم بعامة وعلى المخ بخاصة .

فان من المتوقع أن تكون نسبة ذكائهم منخفضة وهذا ما أثبتته نتائج البحث . إلا أن الباحث يضع بعض التحفظات التالية وهى :

١ ــ أن نسبة الذكاء قبل الإدمان غير معروفة لدى الباحث .

٢ ــ أنه لا توجد بحوث تناولت العلاقة بين الإدمان من حيث آثاره التخديرية ونسب الذكاء .

٣ ــ أن طبيعة مهنهم اليدوية غير الفنية عادة تقلل من احتمال ممارستهم للنشاط الذهنى مما قد يؤثر على درجتهم فى اختبار الذكاء .

٤ ــ أن البحث لم يتناول مقارنة نسب ذكاء المدمنين بغيرهم من غير المدمنين .

٥ ــ أن البحث لم يتناول علاقة الذكاء بالإدمان ، بمعنى : هل هناك علاقة بين درجة الذكاء عند الشخصية المستهدفة للإدمان وبين وقوعها الفعلى فى الإدمان .

ذلك أن الباحث يعتقد أن الإدمان لا يرتبط بالمستويات المنخفضة من الذكاء فقط ، وإنما يشيع فى مختلف المستويات من الذكاء . أما كون نتائج البحث قد اتسقت مع الفرض القائل بشيوعه بين المستويات الدنيا من الذكاء فان ذلك يعبر عن طبيعة الإدمان فى مصر فى الوقت الحالى ولا يعبر عن العلاقة بين الإدمان والذكاء بعامة ، فالنتيجة التى توصل البحث إليها لا تتفق مع الموقف الإدمانى فى الولايات المتحدة الأمريكية الآن حيث يشيع الإدمان بين كل المستويات الاقتصادية الاجتماعية (Ray 1972) وبين كل مستويات الذكاء بينما تتسق هذه النتيجة مع طبيعة الإدمان فى الولايات

المتحدة فى بدايات القرن التاسع عشر حيث كان يشيع بين الملونين والطبقات الدنيا والمجرمين والداعرات . كذلك فان نسبة شيوع الإدمان بين الأطباء الآن — فى الولايات المتحدة — وهم بلاشك ذوو مستويات ذكاء فوق المتوسط — أكثر من نسبتها عند باقى المدمنين .

فالإدمان يبدأ — عادة — بين الطبقات الدنيا التى لديها مشاعر الاحساس بالعزلة والتهديد والتى يعانى معظم أفرادها — بالإضافة إلى سوء الحالة الاقتصادية — من مشاعر الاكتئاب والقلق ، ثم ينتقل مع التقدم الحضارى المادى إلى الطبقات الأخرى حيث يصاحب التقدم الحضارى التكنولوجى عادة المزيد من التمزق بين القيم والعادات وبين ما تعلمه الفرد فى صغره بالإضافة إلى زيادة مشاعر الوحدة وعدم الوصول إلى الأهداف ... إلخ . مما يجعل الفرد أكثر عرضة للوقوع فى الإدمان .

والإدمان أيضاً هو نوع من التوافق للعديد من المشكلات الانفعالية التى يعانى منها الفرد والتى تترك بصمات غائرة فى شخصيته ، ولا نعتقد أن المشكلات الانفعالية قاصرة على مستويات معينة من مستويات الذكاء ، وبالإضافة إلى ذلك فالقول بشيوع الإدمان بين الطبقات الاجتماعية الدنيا لا ينفى بطبيعة الحال كون وجود أفراد فى هذه الطبقات من ذوى مستويات ذكاء عليا .

النتيجة التى توصل إليها الباحث إذن .. يجب النظر إليها لا على أنها تعميم لنوعية المدمنين من حيث مستوى الذكاء ، ولكن على أنها لنوعية مدمن الأفيون فى الوقت الحالى ، ولا يدرى الباحث ما الذى ستكون عليه هذه النوعية بعد العديد من السنوات ؟

إلا أن هذه النتيجة تبين إلى حد كبير عدم تغير نمط مدمن الأفيون المصرى منذ ١٩٢٠ حتى الآن حيث ذكر (محمد بخيت الملاح ١٩٣٨) أن

الإدمان أكثر انتشارا بين الطبقات العاملة والغوغاء، وهو أقل من ذلك فى الطبقات المتوسطة ولو أن العدوى امتدت إلى الفلاحين أيضاً » .

٣ — بالنسبة للفرض الثالث القائل بشيوع أعراض الانحراف السيكوباتى لدى مدمن الأفيون أكثر من شيوع الأعراض الذهانية أو الأعراض العصابية لم تثبت صحة هذا الفرض كلية (الجداول رقم ٣١ ، ٣٢ ، ٣٣) إذ أن النتائج قد بينت أن الانحراف السيكوباتى والأعراض الذهانية (المتوسط العام لمربع الذهان) أكثر شيوعا من الأعراض العصابية (المتوسط العام لمثلث العصاب) وذلك كما بينته نتائج اختبار « ت » التى بلغت مستوى دلالتها (٠١,) . وذلك لدى مجموعة البحث الكلية فى القياسين الثانى والثالث . كذلك بينت النتائج أن درجة الشيوع واحدة فى المتغيرات الثلاثة (الانحراف السيكوباتى والعصابية والذهانية) لدى مجموعة العلاج الثمانية حيث كانت قيمة « ت » غير دالة إحصائيا فى مرات القياس الثلاث .

وتتفق هذه النتيجة جزئيا — من حيث سيادة أعراض الانحراف السيكوباتى مع ما قال به كولمان (١٩٧٢) من أن المدمنين يتسمون بالسيكوباتية ونادرا ما يكونون عصابيين أو ذهانيين . كما تتفق أيضاً مع ما توصل إليه جلبرت ولومباردى (١٩٦٧) عند مقارنتهما لمجموعة من المدمنين وأخرى من غير المدمنين إذ اتسمت المجموعة المدمنة بالسيكوباتية ومع ما وجده هكيميان (١٩٦٨) من أن مستخدمى الهيروين ذوى شخصيات سيكوباتية . ودراسة شينلند (١٩٦٩) التى بينت أن الإناث المدمنات لهن شخصيات سيكوباتية ، كذلك فان وكلر (١٩٧١) تناول ظاهرة الإدمان باعتبارها نمطا سوسيوباتيا من أنماط اضطراب الشخصية .

وإذا كان أهم مظاهر السلوك السيكوباتى هى تميزه بأنه سلوك لا اجتماعى ، اندفاعى ، يعتمد على أولوية القيم القصيرة الأجل واتباع مبدأ اللذة دون

الإفادة من التجربة أو التكيف مع البيئة الاجتماعية (صبرى جرجس ١٩٥٧)

ثان هذه المظاهر هى من أخص ما يميز سلوك المدمن ، فالحصول على الأفيون هو الهدف الوحيد فى حياته . هدف يضحى فى سبيله بكل القيم والمعتقدات والضوابط الاجتماعية ، فهو لا يقيم اعتبارا لأحد ولا يطيق تأجيل الاشباع ولا يستطيع أن يصبر عليه ، ولا يفيد من تجاربه المستمرة ، ولا يحاول أن يتكيف مع بيئته الاجتماعية .

أما ما تبين فى هذا البحث من ازدياد الأعراض الذهانية والأعراض العصابية لدى المدمنين فان ذلك قد يرجع إلى الآتى :

(١) أن النتائج الخاصة بالدراسات الأجنبية اعتمدت على عينات من المدمنين غير المزمنين صغار السن ، إذ أن معظم الدراسات التى أجريت على المدمنين إنما اهتمت بالمدمنين من المراهقين والمراهقات باعتبارهم الموجة الجديدة للإدمان فى الحضارة الغربية . وقليل جدا من الدراسات تناولت الراشدين ، ولم يصادف الباحث دراسة واحدة عن مدمنين مزمنين قضوا عشرات السنين فى تعاطى الأفيون .

(٢) إن النتائج التى توصلت إليها الدراسات الأجنبية لم تنكر وجود ميول عصابية أو ذهانية لدى المدمنين ، ولكنهم عللوا وجودها بوجود السمات السوسيوباتية فنجد أن جلبرت ولومباردى (١٩٦٧) يقولان أن السمات العصابية أو الذهانية لدى المدمنين ترتبط ارتباطا وثيقا بالسمات السوسيوباتية المتعلقة بالإدمان .

(٣) أن ازدياد الميول الذهانية والعصابية لدى المدمنين من عينة البحث قد يرجع إلى الخبرات التى تعرضوا لها من جراء تواجدهم بالمصحة النفسية بالخانكة ، وبخاصة إذا علمنا أن عنبر الإدمان هو نفسه عنبر استقبال الحالات العقلية ، كما أن عملية الترفيه المسموح لهم بها هى التجول فى طرقات

المصحة حيث يختلطون بالعديد من الحالات العقلية .

(٤) إن زيادة الميول الذهانية والعصابية عندهم تتسق تماما مع ما تقول به نتائج الدراسات المختلفة من أن تعاطيهم للمخدر يزيد من مرضيتهم ، فيصبح الأنا أكثر ضعفا وسلوكهم أكثر اعتمادية وبنيانهم الشخصى أكثر انهيارا ، وكما تقول نيسواندر (١٩٥٩) أن إحساساتهم الزائفة بالقوة والاقتدار من تأثير المخدر تسهم بشكل فعال وخطير فى زيادة انهيارهم وشدة تعلقهم بالعقار .

(٥) ومن الوجهة العملية البحته فان تواجدهم فى مصحة للأمراض العقلية قد يثير لديهم أية استعدادات للاضطراب العقلى . ويرى الباحث أنه إذا كان الهدف من إيداعهم بمصحة للأمراض العقلية هو — بصورة ما — شفاؤهم من الإدمان وتحويلهم إلى مرضى عقليين لكان ذلك انجازا هاما ومفيدا لهم . ولكن الحقيقة أنهم يتحولون إلى مدمنين مصابين باضطرابات عقلية . والدليل العملى على ذلك أن بعضهم يتحكم فى البقاء فى المصحة ، ذلك أنه إذا كان يريد أن يستريح من متاعبه بالخارج لفترة قصيرة فهو يدعى الجنون ، ويظل بذلك تحت الملاحظة ٢١ يوما يخرج بعدها،أما إذا أراد فترة طويلة فهو يتقدم للمصحة كحالة إدمان فيظل فيها ثلاثة شهور.وتؤكد دراسة الحالات التى قام بها الباحث ذلك .

(٦) إذا كان صحيحا أن السيكوباتية هى الانحراف الأساسى الذى يدفع للإدمان فان شخصية المدمن تحت موقد الأفيون تفقد سيطرتها على كل السمات النفسية السوية ، ومع ازدياد فترة الإدمان فان ابتعاده عن الواقع يزداد ازديادا يسهم فى شيوع الأعراض الذهانية والعصابية .

٤ — بالنسبة للفرض الرابع القائل باتسام اتجاهات مدمنى الأفيون حيال المتغيرات التى يقيسها اختبار ساكس باضطراب التوافق والسلبية :

فان النتائج قد أيدت صحة هذا الفرض بالنسبة لمعظم متغيرات هذا الاختبار (الجداول أرقام ٣٧ ، ٣٨ ، ٣٩ ، ٤٠ ، ٤١) .

فاذا كانت الدرجة (٧) هى أعلى درجة للاتجاه الموجب وأن الدرجة (١) هى أقل درجة تعبر عن الاتجاه السلبى ، وأن الدرجة (٤) هى الدرجة المحايدة ما بين الموجب والسالب ، فان المتغيرات التى حصلت على الدرجة (٤) فأقل عند أول قياس هى :

المستقبل ، والزملاء فى العمل ، والأب ، والأم ، ودرجاتها هى ١,٩٨ ، ٢,٦٨ ، ٣,٧٠ ، ٣,٨٠ على الترتيب . أما المتغيرات الباقية فقد حصلت على أكثر من (٤) إلا أنه من الملاحظ أن أعلى متغيرين هما الماضى والرؤساء إذ حصلا على ٥,٧٣ ، ٥,٣٥ على الترتيب . أما بقية المتغيرات فهى شديدة القرب من الدرجة (٤) ولا تبعد عنها بأكثر من درجة واحدة .

ولما كان إدمان الأفيون مرتبطا بسوء التوافق الشخصى والمؤثرات الاجتماعية الثقافية ، ولما كانت قدرة المدمن على التعامل مع البيئة تعتمد أساسا على السلبية وأسلوب التحاشى (كوين ١٩٧٠ ، بوثمان وايلين وود ١٩٦٦) .

فان من المتوقع أن تكون اتجاهاته نحو متغيرات هذا الاختبار اتجاهات لا توافقية سلبية . أو قريبة من الاتجاه اللاتوافقى .. وهذا ما بينته نتائج الدراسة .

إن التراكم المستمر للمشكلات الاجتماعية والنفسية الناتج عن مداومته الإدمان وزيادة مرضية الأنا عنده تجعله يدرك المستقبل بصورة سلبية مضطربة . فالمستقبل بالنسبة له المزيد من المشكلات المختلفة (اقتصادية ، اجتماعية ، نفسية ، قانونية) . كما أننا نستطيع القول بأن اتجاهه السلبى

اللاتوافقى نحو المستقبل قد يكون وفقاً لمبدأ من أهم مبادىء التعلم وهو مبدأ التعميم — تعميما لما يتوقعه من مشاعر فى حالة ما إذا انتهى تأثير العقار ولم يجده — فهو لا يرجو خيرا من اللحظة القادمة إلا فى ظل تأثير العقار ؛

أما اتجاهاته السلبية اللاتوافقية حيال الأب والأم فان الباحث يرى فى موقفه حيال الأب تجسيدا لموقفه حيال السلطة عموما إذ أن بنيانه الشخصى القائم على العداء والكراهية للأب يجعله فى حالة عداء للسلطة عموما ، وخاصة إذا علمنا أن السلطة تمثل تهديدا مستمرا له من حيث فصله من العمل أو القبض عليه ومحاكمته أو استنكار فعلته من بعض من يمثلون دور السلطة فى حياته . وقد تبدو تلك النتيجة متناقضة مع موقفه حيال الرؤساء الذى بدا بصورة إيجابية نسبيا (٥,٣٥) ، إلا أن ذلك من اليسير تفسيره إذا اعتبرنا أن نمط التعامل المباشر للمدمن هو التحاشى واتقاء التعامل الايجابى ، فهو يجاهد أن يبدو طيبا أمامهم وأن يتقبلهم خشية منهم وخوفا ، وهو نفس الموقف تماما مع زملائه فى العمل . فهو يدرك أنهم يعلمون حقيقته وعلى ذلك يبدو اتجاهه نحوهم سلبيا مضطربا إذ تبلغ درجته (٢,٦٨) ؛ وإذا اعتبرنا أن زملاء العمل هم صورة للإخوة فان الصورة تصبح أكثر وضوحا إذ تبين أنه كاره لبيئته الصغيرة الأولى ، كاره للأب والأم والإخوة وغير متقبل لهم .

إن النتائج التى حصل عليها الباحث من هذا الاختبار تستطيع أن تحدد بعض ملامح الشخصية عند المدمن وذلك على النحو التالى :

١ — اتجاهات سلبية لا توافقية حيال الأب والأم .

٢ — اتجاهات حدية حيال الجنس والعلاقات الجنسية .

٣ — اتجاهات توافقية ضئيلة حيال العلاقات الإنسانية .

٤ — اضطراب فى تصور الذات ، ما بين المخاوف المرضية ومشاعر

الاثم والارتباط الشديد بالماضى والاحساس بعدم الأمن للمستقبل إلى مشاعر ايجابية بقدراته وتحقيقه لأهدافه .

إن عدائية المدمن للأب والأم ترجع إلى خبراته السابقة ، وموقفه الجنسى الحيادى ناتج عن فقدانه القدرة الجنسية نتيجة التعاطى الطويل للأفيون أما اتجاهاته التوافقية الأولية حيال العلاقات الانسانية فهى رمز لأسلوب تعامله الذى يعتمد على التحاشى والسلبية بحيث يبدو دائما على هامش تلك العلاقات دون الدخول فى علاقات ودودة حقيقية ، كذلك فإن اضطرابه فى تصور ذاته ناتج من زيادة المرضية النفسية لديه فهو يشبه بندول الساعة ما بين الاحساس بمشاعر الضياع والذلة والمخاوف المرضية (فى حالة غياب العقار عنه) إلى مشاعر الاقتدار والقدرة على تحقيق كل شىء (فى حالة حصوله على العقار) وعلى ذلك فان تصوره لذاته يجمع فى نفس الوقت قوة الأسد وضعف الحمل .

٥ – بالنسبة للفرض الخامس القائل بأن اضطرابات الشخصية كما يكشفها اختبار تفهم الموضوع من نوع الاضطرابات العميقة الجذور (الجداول أرقام ٤٢ ، ٤٣ ، ٤٤ ، ٤٥ ، ٤٦ ، ٤٧ ، ٤٨) .

فان نتائج البحث قد أيدت هذا الفرض، ذلك أن الباحث قد تبين له عند تحليل قصص المفحوصين بطريقة بلاك ما يلى :

١ – أن أهم الحاجات لدى المدمن هى الحاجة إلى الأمن ، والحاجة إلى الاعتماد على الغير ، والحاجة إلى النجاح .

٢ – أن البيئة لديه من نوع البيئة غير المتوافقة المعادية .

٣ – أن شخصية الأب عنده تتسم بأنها عدوانية متسلطة مع توقع مستمر للعقاب من قبل الأب .

٤ ــ أن مشاعر المدمن تجاه الأم تتميز بثنائية المشاعر « الحب والكراهية معا » .

٥ ــ أن أهم صراعاته هى صراعاته المتعلقة بالامتلاك ثم تلك التى بين النجاح وبين تحقيق اللذة .

٦ ــ أن العقاب عنده شديد القسوة ، وآجل ، ويميل إلى التذبذب بين العدل والظلم .

٧ ــ أن أهم مصادر القلق عنده هى الفقر ثم فقدان القدرة الجنسية .

فالحاجة إلى الأمن والاعتماد على الغير مع تصوير البيئة بأنها غير متوافقة ومعادية إنما تعكس مشاعر الحرمان الواسع التى خبرها فى طفولته بحيث أصبح فى تعطش دائم إلى الأمن وفى إحساس مستمر بأن البيئة حوله من النوع المهدد الخطر . ويؤكد ذلك ما سبق أن ذكره الباحث عند استعراضه لما يشعر به المدمن من عدم طمأنينة نفسية ، من أن نمط الشخصية قد يختلف من مدمن إلى آخر، كما تبدى فى دراسة بعض الحالات التى قام بها الباحث إلا أنها كلها تتفق فى أنها تفتقر إلى الطمأنينة النفسية بشكل ملحوظ . والافتقار للطمأنينة النفسية لا يتكون إلا نتيجة لما يخبره الفرد فى مراحل طفولته المبكرة من عدم أمن ومن إحساس بعدائية البيئة حوله . أما الحاجة للنجاح فهى محاولة للسيادة والسيطرة على هذا الجو العدائى وعلى هذه المشاعر التى تفقد المدمن الثقة فى نفسه .

وتصور شخصية الأب فى صورة عدائية مكروهة ، وتصور الأم فى خليط متباين من الحب والكراهية معا ، قد يكون دليلا على فشل ذريع فى حل الموقف الأوديبى أدى بشخصية المدمن أن تثبت عندها ، ولقد يؤكد ذلك ما وجده الباحث فى دراسته لحالات المدمنين حيث كان الأب معاقبا صارما متسلطا ، وفى بعض الحالات كان متعدد الزوجات . مما أتاح الفرصة للمدمن لرؤيته فى صورة المعتدى ورؤية الأم فى صورة المعتدى

عليها ، ولما كا أن لا يستطيع ن يقوم بدور الأب حيال الأم خوفا من العقاب ، فان الموقف الأوديبي بكل دفعاته لم يجد وسيلة للحل .

وإذا قيل أن النتيجة المتعلقة بثنائية المشاعر حيال الأم لا تتفق مع ما وجده الباحث من وجود اتجاهات سالبة حيال الأم ، فالرد على ذلك أن الاتجاهات السالبة حيال الأم كما بينتها نتائج اختبار (ساكس) هى محصلة لمجموعة من الاتجاهات السالبة والاتجاهات الايجابية ، وتدل النتيجة على غلبة الاتجاهات السالبة ، ويزول بذلك التناقض الظاهرى بين النتيجتين .

وكون العقاب شديد القسوة وآجل ويميل إلى التذبذب بين العدل والظلم فانه يكشف لنا عن رغبة لا شعورية فى عقاب الذات ، بالإضافة إلى كونه تعبيرا عن سلوك سيكوباتى مع استعدادات عصابية .

ومن ناحية أخرى ، فان كون العقاب بهذه الصورة يعكس لنا خللا فى أسلوب التربية من قبل الوالد فى الصغر إذ من المحتمل أن نمط الثواب والعقاب من قبل الوالدين كان لا يتسم بالثبات والاستقرار وإنما كان نظاما مذبذبا بين الشدة واللين ، والقوة والضعف ، دون ضوابط تحكم الثواب والعقاب ، وقد يؤكد ذلك تصوير المدمنين للبيئة على أنها عدائية وذلك لأنه كان فى حالة تيقظ دائم ، إذ لا يعلم شيئا عن نتيجة عمله : هل سيثاب عليه أم سيعاقب . ويعتقد الباحث أن هذا النمط من التربية قد يكون المسئول أيضا عن فشلهم التحصيلى فى المدرسة ، وعن غرس نمط التحاشى والسلبية الذى يتصفون به .

ولأن المال هو الوسيلة الوحيدة التى يستطيع بوساطتها أن يحصل على مصدر الإشباع الوحيد وهو الأفيون ، ولأن فقدانه لقدراته الجنسية يقلل من الفترة التى يستمتع فيها بالتخفيف من مشاعر الاكتئاب المسيطرة عليه ، لذا بينت نتائج البحث أن أهم مصادر القلق لدى المدمن هى الفقر وفقدان القدرة الجنسية .

القلق هنا ليس بالنسبة لهما فى حد ذاتهما (الفقر وفقدان القدرة الجنسية) ولكن باعتبارهما وسائط إشباع . إنه قلق من مشاعر الاكتئاب وأعراض الانسحاب . إذ أن المال والقدوة الحسنة لا يعملان لدى المدمن بصورة سَوية شأنهما فى ذلك شأن بقية الموضوعات . إنهما يستغلان للحصول على « النشوة السلبية » وهى التخفف من المشاعر المرضية المسيطرة عليه وأهمها مشاعر الاكتئاب وأعراض الانسحاب .

وتزداد الصورة إيضاحا بما يتبين من أن أهم صراعات المدمن هى تلك المتعلقة بالامتلاك ثم الصراع بين تحقيق النجاح وتحقيق اللذة . إن الامتلاك عنده يعنى مزيدا من القدرة على امتلاك ما يستطيع به أن يحصل على المخدر ، كذلك فان النجاح لا يشكل لديه هدفا فى حد ذاته ، إلا بمقدار ما يحقق من لذة عاجلة وإشباع سريع .

وتتفق النتائج التى توصل إليها البحث مع ما وجده رتش (١٩٦٨) من أن الديناميات النفسية للمدمن تتبأور حول صراعاته فى المرحلة المبكرة من حياته وما وجده إيستون (١٩٦٥) من وجود علاقة مرضية بين الأم والابن مع غياب لصورة الأب المتسقة ، وما وجده كرتزبرج (١٩٦٦) من توحد مع الأم واضطرابات جنسية لدى المدمن الذكر .

توحى النتائج التى توصل إليها الباحث إذن من اختبار تفهم الموضوع بما يلى :

(أ) وجود مشاعر حرمان واسعة لدى المدمنين فى فترة الطفولة المبكرة

(ب) عدم حل الموقف الأوديبى .

(ج) وجود مظاهر للسلوك السيكوباتى والميول العصابية .

(د) وجود خلل فى نظام الثواب والعقاب فى مرحلة الطفولة .

(هـ) تدور الصراعات حول الوصول للاشباع العاجل وكذلك مشاعر القلق .

٦ – بالنسبة للفرض السادس القائل باختلاف المتغيرات السيكولوجية لدى مدمن الأفيون بعد التحرر الفسيولوجى عنها عند الدخول :

فقد بينت النتائج صحة الفرض بالنسبة لبعض المتغيرات وعدم صحته لمتغيرات أخرى وذلك على النحو الآتى :

(أ) اختبار الشخصية متعدد الأوجه :
تبين وجود فروق ذات دلالة احصائية بين القياس الأول والثانى فى متغيرى الاكتئاب ، الانحراف السيكوباتى حيث بلغت قيمة « ت » ٢,٣٣٧ ، ٢,٧٤٠ على الترتيب (جدول رقم ٣٣) .

(ب) اختبار ساكس لتكملة الجمل :
لم توجد أية فروق ذات دلالة بين القياسين فى متغيرات الاختبار (جدول رقم ٣٩) ؛

(ج) اختبار تفهم الموضوع :
وجدت فروق ذات دلالة فى متغيرات الحاجات والبيئة وشدة العقاب (جدول رقم ٤٨) .

(د) استفتاء ماسلو :
لم توجد أية فروق ذات دلالة احصائية (جدول رقم ٥٠) ؛

(هـ) اختبار الذكاء :
تبين وجود فروق ذات دلالة احصائية لمستوى ٠١, (ت = ٤,٧٤٧) بين القياس الأول والقياس الثانى وذلك لصالح القياس الثانى (جدول رقم ٥٤) ؛

فاذا كانت مداراة الاكتئاب وتحقيق اللذة من العوامل الرئيسية ذات

الدلالة الدافعة لتعاطى الأفيون ، فمن المتوقع أن يكون إحساس المدمن بزوال مشاعر الاكتئاب وهو تحت تأثير المخدر أكثر منها وهو خارج هذا التأثير ، وهذا ما أيدته النتائج من أن الاكتئاب عند المدمنين لحظة دخولهم كان أقل منه بعد أسبوع أى بعد تخلصهم من تأثير الأفيون .

أما اختلاف درجتهم فى الانحراف السيكوباتى وهم تحت تأثير المخدر (القياس الأول) عن درجتهم بدون مخدر (القياس الثانى) فلا يعنى أن انحرافهم قد زاد بقدر ما يعبر هذا الاختلاف عن درجتهم فى السيكوباتية وهم تحت تأثير المخدر وهم بدون مخدر ، أو إن صح القول عن درجتهم فى السيكوباتية وهى من وراء ستار الأفيون الذى يعنى الإشباع وإرضاء كل الدوافع للمدمن ، ودرجتهم بدون هذا الستار فى مواجهة عدم الاشباع والاكتئاب والقلق ومخاوف أعراض الانسحاب التى مروا خلالها .

إن المدمن — تحت تأثير المخدر — ليس فى حاجة إلى شىء ونظرته إلى البيئة من حوله هى أنها بيئة أفيونية مليئة بالمدمنين وبالأفيون ، كما أن إحساسه بالاشباع يجعل نظرته إلى العقاب أكثر اعتدالا وأقل قسوة . وعندما ينتهى تأثير المخدر فان القناع يسقط وتبدأ الحاجة إلى الأمن — أحد أوجاعه الأساسية — فى الظهور ويتحسن تقييمه للبيئة قليلا وتبدأ ميوله فى العقاب وبخاصة العقاب الذاتى فى الظهور ويأخذ العقاب شكلا شديد القسوة لا رحمة فيه . وهذا ما بينته النتائج بالنسبة لوجود فروق ذات دلالة فى بعض متغيرات تفهم الموضوع المتعلقة بالحاجات والبيئة وشدة العقاب .

كذلك فمن النتائج التى تدعو إلى الانتباه وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى (٠١ر٠) بين درجة الذكاء فى القياس الأول (عند الدخول وتحت تأثير المخدر) وبين درجة الذكاء فى القياس الثانى (بعد أسبوع وبعد انتهاء تأثير المخدر) . ومن البديهى عدم معقولية زيادة درجة الذكاء فى هذه المرحلة من العمر وبصورة دالة احصائيا . كما أن الذكاء عملية

معرفية فى أساسها ولا علاقة لها بالأفيون وإدمانه الذى يقوم على أسس انفعالية . إن الباحث يرى أن تفسير هذا الاختلاف مرده إلى أن الاختبار المستخدم هو من نوع الاختبارات المحددة الزمن ، إذ أن مدة الاختبار عشر دقائق ، معنى ذلك أننا قد حصلنا على أداءين فى زمن محدد على هذا الاختبار أحدهما لمدمنين وهم تحت تأثير المخدر والآخر وهم بدون تأثير المخدر .

ولما كان الأثر التخديرى للأفيون هو العامل الأساسى ذو السيادة ، ذلك لأن الأفيون الخام – كما سبق أن ذكر الباحث فى الفصل الأول من البحث – له آثار انهباطية على بعض مراكز الجسم وآثار منشطة على أجهزة أخرى . ولكن الأثر الانهباطى التخديرى عادة ما يكون الأكثر فاعلية . وعلى ذلك فان الأثر التخديرى يشمل الجسم بعامة والمخ بخاصة .

كما أن كولمان (١٩٧٢) قد ذكر أن من بين آثار الأفيون على المدمن الميل إلى الاسترخاء والاقلال من الحركات الإرادية ، والضبابية مع الوضوح العقلى .

ولما كان الباحث قد تبين أن المتوسط الزمنى للاختبارات الأخرى التى قام باجرائها مع المدمنين كان أكثر طولا من متوسطها الزمنى فى المرتين التاليتين .

فان الباحث يرى أن هذا الاختلاف مرده إلى التأثير التخديرى على الجسم بعامة وعلى المخ بخاصة مما أدى إلى الاقلال من درجة الاختبار فى التطبيق الأول عنه فى التطبيق الثانى .

وما يدعم ما يذهب إليه الباحث – بالإضافة إلى ما سبق ذكره – أنه لم يجد فروقا بين درجة الذكاء فى التطبيق الثانى والتطبيق الثالث . كما أنه قام بحساب معامل الارتباط بين درجات الذكاء فى التطبيق الأول والتطبيق

الثانى ووجد انه يساوى ٦٨٧, وهو دال احصائيا لمستوى (٠٠١,) وهذا يعنى أن التأثير التخديرى قد ساهم فى الاقلال من مستوى الأداء على الاختبار بعينة البحث . وأن انتهاء الأثر التخديرى قد تسبب فى عودة الأداء إلى وضعه العادى . وإذا قيل أنه مادام هناك أثر تخديرى تسبب فى نقص الدرجة وهو المسئول عن ذلك لكان معامل الارتباط عاليا أكثر من ذلك ومقتربا من الواحد الصحيح ، فان الرد على ذلك يكمن فى أن التأثير التخديرى على المدمنين ليس متساويا وموحدا إذ أنه من المتوقع أن تكون هناك فروق بين المدمنين بعضهم والبعض فى درجة تأثرهم بالأفيون .

٧ – بالنسبة للفرض السابع القائل باختلاف المتغيرات النفسية لدى المدمنين بعد التحرر النفسى (نهاية العشرة أسابيع) عنها بعد التحرر الفسيولوجى (بعد أسبوع) .

فقد بينت النتائج عدم صحة الفرض إذا استثنينا الفرق الناتج فى متغير الحاجات فى اختبار تفهم الموضوع وذلك على النحو التالى :

(أ) اختبار الشخصية متعدد الأوجه :
لا توجد فروق ذات دلالة احصائية (جدول رقم ٣٣) ..

(ب) اختبار ساكس :
لا توجد فروق ذات دلالة احصائية (جدول رقم ٣٩) ..

(جـ) اختبار تفهم الموضوع :
توجد فروق ذات دلالة احصائية فى ترتيب الحاجات (جدول رقم ٤٨) .

(د) استفتاء ماسلو :
لا توجد فروق ذات دلالة احصائية (جدول رقم ٥٠) ..

(هـ) اختبار الذكاء :

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية (جدول رقم ٥٤) .

وقد توحى هذه النتيجة من النظرة السطحية لها إلى أن متغيرات الشخصية للمدمن بعد تحرره الفسيولوجى من الأفيون لا تختلف عن نظيراتها بعد تحرره النفسى منه ، أى فى نهاية فترة تواجده بالمصحة ، ولكن الباحث يرى أن قصور البيانات عن إثبات صحة الفرض تعد مؤيدة لمنطوق الفرض القائل باختلاف المتغيرات النفسية فى نهاية المدة عنها بعد التحرر الفسيولوجى من العقار ، ذلك لأن المصحة لا تقدم أية برامج للخدمة النفسية من أى نوع ، ومعنى ذلك أن الفرق بين القياسين هو فرق بين جماعة ظلت أسبوعا فى المصحة ، ونفس الجماعة بعد أن أقامت عشرة أسابيع ، ولا يمكن أن نعد الإقامة داخل عنبر مغلق لمدة ثلاثة شهور – بالطبع – نوعا من الخدمة أو العلاج النفسى ، فمن المتوقع إذن فى حالة تقديم أى برامج نفسية حدوث اختلاف فى المتغيرات النفسية للمدمن وهو ما يقول به الفرض . أى أن القضية يمكن صياغتها على النحو التالى :

مادام لم يحدث اختلاف بين متغيرات الشخصية بين فترتين متتاليتين لعدم وجود أية برامج نفسية . فإنه من المتوقع حدوث اختلافات بينها فى حالة تقديم برامج نفسية .

٨ – بالنسبة للفرض الثامن القائل باختلاف متغيرات الشخصية للذين حضروا جلسات المناقشة الجماعية عن أولئك الذين لم يتلقوا علاجا .

فان البيانات قد بينت صحة الفرض لبعض المتغيرات وعدم صحته للمتغيرات الأخرى وذلك على النحو التالى :

(أ) اختبار الشخصية المتعدد الأوجه :

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية (جدول رقم ٣٣) .

(ب) اختبار ساكس :

تبين وجود فروق ذات دلالة احصائية فى متغيرى الأم والمرؤوسين (جدول رقم ٣٩) .

(ج) اختبار تفهم الموضوع :

تبين وجود فروق ذات دلالة احصائية فى متغيرى البيئة والصراعات (جدول رقم ٤٨) ..

(د) استفتاء ماسلو :

تبين وجود فروق ذات دلالة احصائية (جدول رقم ٥٢) .

(هـ) اختبار الذكاء :

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية (جدول رقم ٥٦).

وقد بدت مجموعة العلاج أكثر سلبية حيال الأم وأكثر ايجابية حيال المرؤوسين ، وقد يرجع ذلك إلى أن الجلسات قد بدأت تساعد المدمن على الفطام من مصدر الاشباع ألا وهو الأفيون . ولما كانت الأم هى مصدر الاشباع الأولى ، فان الاتجاه السلبى حيالها إنما تم بصورة رمزية . أى أن السلبية موجهة إلى مصدر الاشباع الحالى وهو الأفيون . كذلك فان الاتجاه الايجابى حيال المرؤوسين إنما يعبر عن مزيد من التوافق يتسق مع طبيعة المدمن ، ذلك أنه بحكم تكوينه السلبى وأسلوب التحاشى والتجنب الذى يتبعه فى حياته إنما يود أن يبدأ اندماجه فى البيئة المحيطة به أولا مع أولئك الذين يستطيع التفاعل معهم بسهولة وهم المرءوسون ، ويعتقد الباحث أن تغير سلوك المدمن إنما ينعكس بالدرجة الأولى على أبنائه «وهم بمثابة المرؤوسين» وعلى ذلك فان زيادة ايجابيته حيال المرؤوسين قد تعنى أيضاً زيادة توافقه مع أفراد أسرته .

كذلك فان البيئة لدى مجموعة العلاج كانت أكثر توافقاً وموالاة من

البيئة عند هؤلاء الذين لم يحضروا جلسات المناقشة والتى كانت البيئة لديهم عدوانية وغير متوافقة . كما أن الصراع بين النجاح وتحقيق اللذة كان أقل لدى مجموعة العلاج من المجموعة الأخرى .

وقد يرجع ذلك إلى أن اشتراك مجموعة العلاج فى جلسات المناقشة حد أتاح لهم زيادة فى استبصارهم بأنفسهم نتج عنه ما ظهر فى نظرتهم إلى البيئة بصورة أقل عدائية وفى رغبتهم التعامل بنجاح مع من يحيطون بهم .

أما عن الطمأنينة الانفعالية فإنه يوجد فروق ذات دلالة وذلك لصالح المجموعة التى لم تحضر العلاج ، وقد دعت هذه النتيجة الباحث إلى أن يعقد مقارنات مختلفة بين درجة الطمأنينة الانفعالية فى مرات القياس الثلاث ، وقد تبين له أن مجموعة العلاج — بعامة — أقل طمأنينة وأمنا من المجموعة المقارنة فى مرات القياس الثلاث . وقد أرجع الباحث هذه النتيجة إلى أن هؤلاء الذين اشتركوا فى جلسات المناقشة كانوا قد دخلوا المصحة بعد فترة من الحصار الذى فرضه رجال الأمن على منطقة كبرى من مناطق الاتجار بالمخدرات وهى منطقة الباطنية ، وعلى ذلك فانهم عانوا توترا شديدا ناتجا عن محاولتهم الحصول على الأفيون وخوفهم من إلقاء القبض عليهم .

وقد قام الباحث بحساب معدل التغير فى الطمأنينة الانفعالية وذلك عن طريق نسبة التغير فى الدرجة إلى أول قياس لدى المجموعتين ، وقد تبين له أن معدل التغير لدى مجموعة العلاج أفضل من نظيره عند المجموعة المقارنة أى أنهم حققوا انخفاضا فى الدرجة (ميلا أكثر إلى الطمأنينة الانفعالية) أكثر من نظرائهم فى المجموعة المقارنة . وهذا يعنى أن حضورهم جلسات المناقشة قد أفاد فى خفض إحساسهم بعدم الأمن الانفعالى . وجعلهم أكثر طمأنينة من أقرانهم الذين لم يحضروا جلسات المناقشة .

وإذا نظرنا إلى التغير الذى حدث لمجموعة العلاج فيما بين بداية جلسات المناقشة ونهايتها لتبين الآتى :

١ – انخفضت درجة الانحراف السيكوباتى انخفاضاً ذا دلالة إحصائيه إذ بلغ المتوسط فى القياس الثانى (٢٧،) وفى القياس الثالث (٢٣،٣) (جدول رقم ٣٢) .

٢ – ازدياد الحاجة إلى الأمن والحاجة إلى النجاح .

٣ – أن القيمة الحسابية للقياس الثالث لدى المجموعة التى لم تحضر جلسات المناقشة كانت – بعامة – أكبر من نتائج القياس الثانى بينما الحال لم يكن كذلك لدى المجموعة التى حضرت جلسات المناقشة والتى بدا فيها بعض القيم أكبر من سابقه والقيم الأخرى أقل . وهذا قد يكون دليلا على أن هذه الجلسات قد أحدثت ما يشبه الهزة فى شخصية المدمن ، أو قد يعبر ذلك عن بداية تغير فى متغيرات المدمن السيكولوجية .

إن الأسلوب الذى اتبعه الباحث يعد من الأساليب الأولية فى العلاج ، ولعل ذلك ما يفسر عدم وجود فروق كبيرة بين من لم يحضروا الجلسات وبين أولئك الذين حضروها . إن الفرق بينهما يشبه الفرق بين حالة الركود والسكون ، وحالة بداية الحركة .

٩ – بالنسبة للفرض التاسع القائل بخبرة مدمنى الأفيون المزمنين لكل دورة الإدمان من بحث عن العقار إلى إطاقة إلى نشوة إلى أعراض انسحاب بينت النتائج (من ص ١٩٦ إلى ص ٢٠٧) صحة هذا الفرض فى سبعة عناصر رئيسية هى :

(أ) ظروف تعاطى الأفيون لأول مرة .
(ب) العمر الزمنى عند التعاطى وعند الإدمان .
(جـ) خصائص التعاطى .
(د) الكمية والتكلفة .

(هـ) تأثير الأفيون على المدمن .

(و) خبرة الانقطاع .

(ز) العقاقير الأخرى التى يتناولها المدمن .

لما كان من أهم خصائص المدمن أنه يمر بخبرة العقار كاملة على خلاف أولئك الذين قد يأخذون المخدر مرة من قبيل حب الاستطلاع أو بعض ضغوط جماعات الأقران ثم لا يعود إلى تعاطيه مرة أخرى .

فانه يمر بكل الخبرة وبكل ما تحققه له من مكاسب شخصية من قبيل النشوة والاحساس بالاقتدار والإطالة فى الاتصال الجنسى وبكل ما تسببه له من متاعب من قبيل المشكلات الاجتماعية التى يتعرض لها وأعراض الانسحاب والآلام الجسمية الناتجة عن عدم توافر العقار . وعلى الرغم مما يصيبه من متاعب وآلام فان بنيانه السيكولوجى بكل ما فيه من نزعات لتدمير الذات واكتئابية وسيكوباتية يدفعه دفعا للمخدر بقصد التخفف من هذه النزعات والحصول على النشوة التى يسببها له تعاطى العقار .

وقد بينت نتائج البحث الحالى أثر جماعات الأقران والضغوط الاجتماعية على المدمنين فى تعاطيهم العقار لأول مرة ، كما بينت أن هناك فترة زمنية يقضيها المدمن فى تعاطى العقار قبل أن يدمنه ويتعلق به ، وقد بلغ متوسط هذه الفترة فى البحث الحالى حوالى ثلاث سنوات . وأن النمط السائد لتعاطى الأفيون لدى المدمن المصرى هو النمط الفمى بمختلف أنواعه وأنهم يتعاطونه فى فترات منتظمة وبخاصة فى الصباح والمساء . وأن كمية العقار وتكلفته نتيجة للاطاقة تزداد مع استمرار المدمن فى الإدمان . كما أن خبرتهم بآثار الأفيون تتسق مع ما جاء فى الأدب النفسى والطب النفسى والطبى حول آثار العقار . وأن نسبة كبيرة منهم (٩٠,٥ ٪) خبروا الانقطاع عن العقار بكل ما فيه من آلام نفسية وجسمية ، وأن بعضهم

يتناول عقاقير أخرى من قبيل المنبهات والمهدئات بالإضافة إلى الأفيون.
ومما سبق يتبين الآتى :

(أ) أنه مع وجود الاستعداد النفسى لدى الفرد للإدمان فان ضغوط جماعة الأقران من العوامل المعجلة للوقوع فى الإدمان ، وهذا يتفق مع ما توصل إليه إيستون (١٩٦٥) ، هيكيميان وجرشون (١٩٦٦)

(ب) أن ما يؤكد لنا أن البنيان النفسى هو المسئول الرئيسى عن الوقوع فى الإدمان هو أن هناك فترة يقضيها المدمن (تختلف من فرد إلى آخر) ما بين بداية تعاطيه وإدمانه ، فاذا لم يكن التعاطى قد حقق مكاسب ثانوية تتسق مع اضطرابات المدمن الشخصية لما استمر فى تعاطى العقار حتى إدمانه . وذلك أن الدراسات قد أثبتت أن هناك علاقة بين نوع اضطراب الشخصية والعقار الذى يتعاطاه المدمن ، فمدمنو الكحوليات لهم اضطرابات تختلف عن مدمنى الأفيونات وهكذا .

(ج) يشير النمط الفمى للتعاطى إلى عملية نكوص لمرحلة مبكرة جدا من الشخصية حيث كان الفم هو المنطقة الجنسية ذات السيادة .

(د) أن انتظام المدمن فى التعاطى يتسق مع ما جاء فى الدراسات المتعلقة بذلك التى تقول أن الإدمان يخلق لدى المدمن نظاما ذاتيا مغلقا فهو يعيش دورة الإدمان اليومية بانتظام حيث يبدأ فى البحث عن العقار إلى تناوله إلى الاحساس بالآثار التخديرية إلى الاحساس بالنقص التدريجى لهذه الآثار إلى البحث عن العقار .. وهكذا ، وقد بينت دراسة لورى (١٩٧١) أن المسجونين من مدمنى الافيونات أكثر المسجونين امتثالا لنظام السجن .

(هـ) أن زيادة الكمية والتكلفة تعبر عن خبرة المدمنين بالاطاقة والميل

المستمر إلى زيادة الجرعة الناتج عن استمرار المدمن فى الإدمان .

(و) أن خبرات الانقطاع التى خبرها المدمنون تثير تساؤلا هاماً هو « هل الاستمرار فى تعاطى الأفيون ناتج عن الخوف من انقطاع آثار المخدر أم ناتج عن الرغبة الملحة فى الحصول على النشوة والتخفف من مشاعر الاكتئاب ؟ .. وبأسلوب أكثر علمية هل الإدمان ناتج عن تشريط سلبى (آثار الانقطاع عن المخدر) أم عن تشريط إيجابى (الحصول على النشوة) ؟ ..

إن التجارب التى قدمها تيسديل (١٩٧٣) على الحيوانات قد بينت أن التشريط بنوعيه الايجابى والسلبى يدعم سلوك الإدمان عند حيوانات التجارب .

ويعتقد الباحث أن التشريط بنوعيه من مدعمات سلوك الإدمان أيضاً لدى الشخص المدمن . إلا أن التشريط السلبى قد يكون هو الأكثر شيوعا إذ أن المدمن يسعى دائما إلى التخفف من مشاعر الاكتئاب والقلق والتخلص من آثار الانسحاب وهذا يعنى حصوله على النشوة السلبية .

(ز) أن نتائج البحث أظهرت أن هناك بعض المدمنين ممن يتعاطون أكثر من عقار ، وهذا الاتجاه آخذ فى الزيادة عالميا (ليون ١٩٧٤) ويشكل العديد من المشكلات المرتبطة بالتشخيص والعلاج والتأهل .

١٠ — بالنسبة للفرض العاشر القائل بأن الإدمان يبدأ فى المراهقة فان نتائج البحث الحالى لم تثبت صحة هذا الفرض ، إذ أن متوسط العمر الزمنى لبدء تعاطى الأفيون هو (٢٤,٤) سنة كما أن متوسط السن عند الإدمان هو ٢٧,٢ سنة . وهذه النتيجة لا تتفق مع ما وجدته البحوث الأجنبية فى الولايات المتحدة وانجلترا من شيوع الإدمان فى فترة المراهقة

(جوردان ١٩٧٣) ، (ليون ١٩٧٤) . ويبدو أن العوامل الحضارية والتقدم التكنولوجى تتدخل فى تحديد العمر الزمنى للمدمن ، ذلك أن (جوردان) يفسر شيوع الإدمان بين المراهقين الانجليز على أنه نتيجة للصراع القيمى والشعور بالعزلة بينما يفسر (ورمسر) شيوع الإدمان بين المراهقين الأمريكيين على أنه تحد للسلطة الوالدية وقيم الآباء إذ لم يعد الصراع بين قيم الأبناء والأجداد ولكنه خطا خطوة إلى الامام وأصبح صراعا بين ما يعتقده الأبناء وما يؤمن به الآباء .

هذا وقد يكون السبب وراء عدم شيوع الإدمان فى فترة المراهقة أحد أو كل العوامل الآتية :

١ ــ تأخر الاستقلال الاقتصادى عن الأسرة حتى فى المهن اليدوية.

٢ ــ أن الإدمان هو نهاية المطاف للعديد من خبرات التعاطى التى قد يكون المدمن خبرها من عقاقير مختلفة ، فادمان الأفيون أشــبه بالميناء الذى يرسو إليه المدمن بعد خبراته بالعديد من العقاقير ، ويؤكد ذلك ما وجده الباحث عند التعرض للتاريخ الإدمانى للمدمنين من أنهم ينقسمون إلى فئتين أساسيتين :

الأولى : فئة لم تستخدم سوى الأفيون منذ أول لحظة للتعاطى حتى الآن وهى فئة قليلة .

والثانية : فئة خبرت العديد من العقاقير وبخاصة الحشيش قبل رسوها على شاطىء الأفيون وهى فئة كبيرة .

٣ ــ أن الحشيش وهو العقار الأول فى البيئة المصرية يقوم بدورين متباينين هما :

(أ) أنه يساهم فى خلق مدمنين للأفيون ، إذ قلما تقود خبرة تدخين

الحشيش صاحبها إذا توافرت ظروف معينة إلى أن يتحول إلى الأفيون .

(ب) أنه يحول دون إدمان الأفيون فى فترة المراهقة ، إذ أن طبيعة استخدامه الجماعية تحقق للمراهق ما يصبو إليه من وجوده فى جماعة الرفاق ، بالإضافة إلى حصول المراهق الضمنى على تأييد من الجماعة بمشروعية التعاطى ، وهذا ما لا يتحقق فى الأفيون .

وعلى الرغم من ذلك فان عدم ثبوت هذا الفرض محكوم بالظروف الحضارية الخاصة بمصر ، ذلك أن الدراسات الأجنبية المقارنة (بول ١٩٦٧) قد أثبتت أن متوسط السن لدى المدمنين سنة ١٩٦٧ أصغر من نظرائهم سنة ١٩٦٣ ، ويعتقد الباحث أنه فى ظل التطور التكنولوجى وعمليات التنمية الاقتصادية أن متوسط السن لمدمن المستقبل قد يميل إلى الصغر.

١١ – بالنسبة للفرض الحادى عشر القائل بانتماء المدمنين إلى مستويات اجتماعية اقتصادية دنيا فقد أيدت النتائج صحة هذا الفرض إذ تبين الآتى :

١ – شيوع الأمية فيهم .
٢ – ينتمون إلى مهن يدوية غير فنية .
٣ – دخولهم ضئيلة نسبيا .
٤ – معدل التزاحم عندهم عال نسبيا .

وقد تبدو هذه النتيجة غير متسقة مع ما كتب من أن الإدمان يشيع فى كل طبقة اجتماعية اقتصادية ، إلا أن نوع الطبقة الاقتصادية الاجتماعية التى ينتشر فيها الإدمان تحددها عادة كل الظروف الحضارية فى المجتمع . إن ماركتب يذكر لنا أن الإدمان يبدأ عادة فى الطبقات الدنيا والبيئات غير المتوافقة وجماعات الاقليات ، ثم ينتشر بعد ذلك فى كل الطبقات . وإذا

كان الإدمان يرتبط ارتباطا وثيقا باضطراب الشخصية وبخاصة مشاعر الاكتئاب والسيكوباتية وفقدان الامن الانفعالى والاحساس بالعزلة فان ذلك أكثر شيوعا فى المجتمعات النامية لدى الطبقات الدنيا عنه عند باقى الطبقات إذ يكون ناتجا أساسا من عدم قدرة هذه الطبقة على مواجهة حياتها وضمان معيشتها عيشة كريمة . أما فى المجتمعات المتحضرة ومع شيوع التقدم التكنولوجى وزيادة المسافة الاجتماعية بين الأفراد بعضهم والبعض فان نفس المشاعر السابقة توجد فى كل الطبقات نتيجة لاحساس الفرد لها أو خبرته بها .

نخلص من ذلك إلى أن ثبوت هذا الفرض لا يعنى تناقضا مع ما وجد فى الأدب النفسى إذ تمثل هذه النتيجة نوع الطبقة التى ينتمى إليها المدمنون فى دولة نامية .

١٢ — بالنسبة للفرض الثانى عشر القائل بوجود علاقة بين الإدمان والنشاط الجنسى فقد ثبت صحة هذا الفرض إذ بينت النتائج أن ٦٩ ٪ من المدمنين قرروا أن المتزوجين يستخدمون الأفيون لأسباب جنسية وذلك كما هو موجود بالجدول رقم (٢٧) كذلك قرر ٦١٫١ ٪ منهم أن زوجاتهم يستجبن جنسيا بدرجة أكبر وهم تحت تأثير المخدر .

وعلى الرغم من ثبوت صحة الفرض إلا أن الباحث يرى أن العلاقة بين الإدمان والنشاط الجنسى ليست علاقة مباشرة . أى أن الهدف من الإدمان ليس الاستمتاع الجنسى ولكنه التخلص من مشاعر الاكتئاب حيث إن هذه المشاعر عادة ما تختفى أثناء فترة الاتصال الجنسى ، وتؤيد بيانات البحث ما يذهب إليه الباحث وذلك على النحو التالى :

١ — قرر ٨٨٫١ ٪ من المدمنين أن الأفيون سبب لهم ارتخاء جنسيا .
٢ — قرر ٤٧٫٦ ٪ من المدمنين أن ختان البنات هو المسئول عن الإدمان.
٣ — قرر ١٦٫٧ ٪ من المدمنين أنهم مارسوا العادة السرية بعد الزواج .

فاذا كان الهدف هو الاستمتاع الجنسى لكان من المتوقع الاقلاع عن الإدمان بعد الاصابة بالارتخاء . إلا أنهم لا يبالون فى ذلك ويستمرون فى إدمانهم ، كما أن قولهم بأن ختان البنات مسئول عن الإدمان نوع من التبرير لفعلتهم . إذ لو كانوا يبغون استمتاعا فعليا لما حاولوا أن يبرروه بسبب ما من الأسباب . وكيف يبغون استمتاعا من وراء الإدمان ونسبة منهم تمارس الارتواء الجنسى الذاتى بعد الزواج أيضاً ؟

إن التأثير التخديرى للأفيون يسبب لهم فى البداية زيادة فى الانتصاب وإطالة فى فترة القذف نتيجة لبعض التأثيرات الطبية على الجهاز العصبى ، ويعد النشاط الجنسى بالنسبة لهم فرصة طيبة للتخلص من المشاعر الاكتئابية الملحة عليهم حتى إذا فقدوا القدرة الجنسية بصورة شبه كاملة فانهم لا يعبرون ذلك بالا مادام الأفيون بكل آثاره سيقوم بمداراة هذه المشاعر .

إن الاتصال الجنسى بين اثنين ليس عملية استمناء متبادل ولكنه علاقة حب كاملة تصل إلى ذروتها بالاتصال الجسدى . علاقة تتطلب وعيا كاملا ومشاركة ايجابية من الطرفين فكيف تتم هذه العلاقة بكل أبعادها وأحد الطرفين مخدر وفى صورة لا واعية إلا إذا كان يستخدمها وسيطا ووسيلة لهدف آخر غير الهدف الأصلى منها .

١٣ — بالنسبة للفرض الثالث عشر القائل باختلاف آثار الأفيون عند بدء الإدمان عنه عند آخر مرة تعاط فقد ثبت صحة هذا الفرض ، ذلك أن نتائج الجدولين (أرقام ٢٥ ، ٢٦) قد بينت أن مرات التعاطى الأولى تحقق للمدمن نشوة إيجابية Positive Euphoria ، بينما آخر مرة تعاط تحقق له نشوة سلبية Negative Euphoria .

إن النشوة الايجابية التى يحققها الأفيون فى البداية للمدمن تعد بمثابة خطاف Hook يعلق المدمن فى العقار ويظل طيلة فترة إدمانه يجرى

باحثا عن هذه النشوة الايجابية التى تختفى مع مرور الوقت ليحل محلها النشوة السلبية التى لا يستطيع المدمن أن يعيش بدونها والتى تقيه الآلام الناتجة عن الانقطاع .

إن الانتقال من النشوة الايجابية فى بداية الإدمان إلى النشوة السلبية بعد إدمانه فترة من الزمن قد يرجع إلى أحد أو كل الأسباب الآتية :

(أ) تغيرات فسيولوجية فى الجسم ناتجة عن التعاطى المتكرر للأفيون .

(ب) زيادة المرضية السيكولوجية نتيجة الاستمرار المزمن فى الإدمان.
(جـ) تراكم المشكلات الاجتماعية والأسرية للمدمن .
(د) التغيرات الفسيولوجية العادية المصاحبة لتقدم العمر .

ويرى الباحث أنه مادام النمط السائد للانتشاء لدى هؤلاء المدمنين المزمنين هو الانتشاء السلبى فان تقديم مضاد أفيونى من قبيل الميثادون أو السيكلازوكين قد يجدى فى علاجهم أكثر من تركهم دون علاج .

١٤ – بالنسبة للفرض الرابع عشر القائل باختلاف الحالة المزاجية والنفسية للمدمن وهى تحت تأثير المخدر عنها وهو خارج ذلك التأثير فقد ثبت صحة الفرض كما بينت نتائج البحث على النحو التالى :

(أ) التأثيرات الإدراكية :

يشعر المدمنون بمرور الوقت بسرعة ، وتبدو لهم المسافات قصيرة بينما يدركون الحجوم والأشخاص والأصوات من حيث الوضوح والشدة بصورة عادية وهم تحت تأثير الأفيون (ص ٢٠٨) .

(ب) القدرة على التفكير :

تتأثر القدرة على التفكير بتعاطى الأفيون بصورة متباينة كما وضحها

الجدول رقم (٢٠) ، وقد يرجع ذلك إلى درجة القلق لدى المدمن إذ أثبتت البحوث التى أجريت على عقاقير الهلاوس أن تعاطيها يزيد القلق عند من لديهم القلق بصورة عالية لا كما يرتبط بالتعاطى ، وأيضاً بظهور بعض الأفكار الملحة على المدمن .

(ج) التأثيرات الانفعالية والمعرفية للإدمان :

١ - يغير الأفيون مشاعر الكدر والانقباض لدى المدمنين إلى مشاعر السعادة والنشوة والراحة .

٢ - يجعلهم أقل نسياناً وأكثر تذكرا .

٣ - يزيد من إنتاجيتهم فى العمل .

٤ - يجعلهم يفضلون أن يكونوا وسط الناس بدلا من الميل إلى العزلة .

٥ - يجعلهم لا يشعرون بالقلق .

٦ - يجعلهم أكثر استعدادا لتقبل الأخبار السارة .

٧ - يقلل خلافاتهم مع رؤسائهم وزوجاتهم وزملائهم ومرؤوسيهم وأولادهم .

٨ - يجعلهم يتصرفون حيال المواقف الضاغطة - مثل المشاكسة والإثارة - أسلوب التحاشى والسلبية .

(د) أثر الإدمان على الميل إلى ارتكاب الجرائم :

بينت النتائج أن عدم حصولهم على العقار يجعلهم أكثر ميلا لارتكاب جرائم الضرب والسرقة والرشوة والتزوير والنصب والقتل .

(هـ) أثر الإدمان على النوم :

يجعل الأفيون النوم متصلا دون أى انقطاع إلا أنه نوم نادر الأحلام .

(و) أثر الإدمان على الشهية للطعام :

يجعل شهيتهم للطعام أفضل منها وهم بدون مخدر .

وقبل أن نفصل القول فى هذه النتائج ونحاول أن نضعها فى إطار تفسيرى فإنه يجب ملاحظة أن هذه النتائج من واقع ما قررته حالات الدراسة عن آثار الأفيون عليها وليس بطبيعة الحال على أساس تجريبى .

إن التأثيرات الإدراكية التى يشعرون بها قد ترجع إلى مشاعر الانتشاء التى يخبرونها ذلك أنهم يودون أن يعيشوا تحت هذه المشاعر أطول فترة ممكنة ، فلا عجب إذن أن يشعروا أن الوقت يمر سريعا وهم تحت تأثير النشوة . أما عن إدراكهم المسافات أقصر من المعتاد ، فإن إحساسهم بالراحة الجسمية والتخفف من متاعبهم النفسية نتيجة تعاطى المخدر يجعلهم يتصورون أنهم أكثر قدرة واقتدارا على بذل المجهود وبالتالى فإنهم يقللون عادة من تقييم الجهد اللازم أو الوقت اللازم أو التقدير المناسب لمسافة ما . إلا أن الباحث قد وجد أنهم على الرغم من تقديرهم الزائف لقدراتهم وهم تحت المخدر . فإنهم عادة ما يؤجلون القيام بأى نشاط ما داموا تحت تأثير المخدر .

أى إن الاحساس بالقوة والاقتدار يجعل الحكم زائفا فتبدو المسافات قليلة والوقت قصيرا .

وبالنسبة للقدرة على التفكير ، فان هذه القدرة لدى المدمنين تأخذ إحدى حالتين :

الحالة الأولى : فى حالة عدم وجود الأفيون كيفية الحصول على الأفيون .

والحالة الثانية : فى حالة وجود الأفيون كيفية الحصول على الأفيون بعد انتهاء تأثيره على المدمن .

ويؤيد ذلك ما بدا فى الجدول رقم (٢١) من أن ٥٣٫٨ ٪ منهم قرروا أن أفكارهم وهم تحت تأثير الأفيون هى الخوف من عدم إمكان الحصول على الأفيون بعد ذلك .

فالأفيون — رمزا للتخفف من المشاعر السيكولوجية المرضية ورمزاً للحصول على النشوة والانتشاء — أصبح محور التفكير لدى المدمن. ولا نبالغ إذ نقول أن تفكير المدمن لا يدور إلا حوله ، وفى ذلك إنما يعبر عن نرجسية مرضية لا تضع الواقع فى حسبانها اكتفاء بارضاء نزعاتها فقط .

ويؤيد ذلك ما بينته النتائج من التأثيرات الانفعالية والمعرفية للإدمان ، فتناولهم الأفيون يخلصهم من مشاعر الكدر والانقباض ليخبروا مشاعر السعادة والنشوة ، ويجعلهم أقل نسياناً وأكثر تذكرا ، ذلك لأنهم فى مرحلة البحث عن الأفيون لا يتذكرون شيئا ولا يدور بخلدهم شيء سوى كيفية الحصول عليه . أى يكونون فى حالة نسيان كلى للبيئة والواقع من حولهم. وعند حصولهم على العقار فان هذا النسيان الكلى يتحول إلى نسيان جزئى وهم تحت مشاعر النشوة ، وما يلبث هذا النسيان الجزئى أن يتدهور من جديد تحت وطأة مشاعر النقص التدريجى لآثار المخدر .

وينطبق نفس الشيء على قولهم بزيادة إنتاجيتهم فى العمل ذلك أنهم بدون الأفيون لا يستطيعون حراكا،وتحت تأثير الأفيون فهم يميلون إلى الاسترخاء بحكم التأثير التخديرى ، ويؤيد ذلك ما وجده الباحث من اتجاهات سلبية لديهم حيال زملائهم فى العمل كما تبين فى الجدول رقم (٢٢)

أما عن تفضيلهم أن يكونوا وسط الناس وهم مخدرون وأنهم يكونون أكثر استعدادا لتقبل الأخبار السارة وأقل خلافا مع الآخرين من رؤساء ومرؤوسين ... إلخ ، وأن تكون تصرفاتهم حيال مواقف الإثارة متخذة أسلوب التحاشى . فان ذلك يتسق مع حالهم وهم تحت تأثير الأفيون ، ذلك أنهم وقد ارتدوا القناع الذى يدارى مرضيتهم ويزيد فيها فى نفس الوقت .

والذى يجعلهم يشعرون بالسعادة والنشوة والاحساس بالأطيب حال ، فهم يجدون أنفسهم قادرين على التعامل مع الآخرين شريطة ألا يكون هناك أية صراعات تؤدى إلى سقوط القناع الأفيونى منهم .

ويؤيد ذلك أنهم فى سبيل الحصول على الأفيون ـ ما أثبتته النتائج (جدول رقم ٢٤) من أنهم مستعدون لارتكاب العديد من الجرائم فى سبيل الحصول على العقار بينما يبدون مسالمين وهم تحت تأثير العقار .

وإذا كان الإدمان يزيد مرضيتهم السيكولوجية عن طريق حصولهم من الأفيون على العديد من المشاعر الزائفة بالقوة والاقتدار ووصولهم إلى النشوة وتخففهم الظاهرى من اضطرابهم النفسى ، فان حرمانهم من الأحلام أثناء النوم الناتج عن التعاطى المستمر للمخدر يزيد من مرضيتهم، ذلك أن للأحلام وظيفة سيكولوجية هامة ، كما أن النوم ذا الأحلام أفضل من النوم بدون أحلام .

كذلك لاحظ الباحث أن الأحلام القليلة التى ذكرها بعض المدمنين أحلام طفلية مباشرة ، تشبه أحلام الأطفال من حيث مباشرتها ، وتدور معظمها حول العقار سواء بالحصول عليه أو بعدم الحصول عليه .

أما عن أثر الأفيون على شهيتهم للطعام فان الباحث لم يصادف مقولة علمية عن أثر الأفيون على مراكز الشهية للطعام ، وقد يكون مرد ذلك إلى إحساس زائف من المدمن ، ذلك أنه بدون الأفيون لا يهمه شيء سوى الحصول عليه، بينما وهو تحت تأثير المخدر يشعر باشباع كامل لكل دوافعه. وعلى ذلك فانه لا يأكل إلا ما يكفى لابقائه حيا . ويؤيد ذلك ما لاحظه الباحث على كافة حالات البحث من هزال شديد وعيون غائرة وعدم قدرة على بذل المجهود مع بشرة تميل إلى الصفرة دائما .

إن (بيجيروت ١٩٧٢) يرى أن إدمان الأفيونيات يحقق إشباعا متكاملا للمريض يرضى فيه كل حاجاته الأولية من جوع وعطش وجنس وأمن بحيث يكون المدمن وهو تحت تأثير العقار غير محتاج لأية إشباعات أخرى .

وتتفق النتائج التى توصل إليها الباحث مع ما ذكره (بيجيروت) ومع ما ذكره الباحث من الأدب النفسى ، ذلك أن هذه التغيرات المزاجية والنفسية إنما تعكس حالة الاشباع الكلى التى يحياها المدمن مع الأفيون ، فقد أصبح عالما متكاملا ذا نظام ذاتى لا يبغى شيئا مما حوله سوى عدم إيقاظه من هذا الملكوت .

١٥ ــ بالنسبة للفرض الخامس عشر القائل بأن المدمنين يصفون مجتمع المدمنين بصفات تشيع فيها السلبية والازدراء وعدم التقدير فقد ثبت صحة هذا الفرض ، ذلك أن نتائج البحث قد بينت الآتى :

١ ــ أن مجتمع المدمنين عادة ما يتكون من العمال الذكور الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٢٠ ــ ٤٠ سنة ، الفقراء ، الأميين المقيمين فى المناطق الحضرية .

٢ ــ قدر المدمنون حجم هذا المجتمع بأنه يساوى ٤٣,١ ٪ من السكان .

٣ ــ من حيث الصفات التى وصف بها المدمنون نظراءهم من المدمنين فان الجدول رقم (٣٠) قد بين ذلك. وإذا أخذنا عدد الصفات التى قال بها أكثر من ٥٠ ٪ من المدمنين وعددها (٢٩) صفة من الصفات الست والثلاثين لوجدنا أن منها ٢٣ صفة تعد من الصفات السلبية التى لا يقرها المجتمع ولا يوافق عليها ، والصفات الست الأخرى وهى : متواضع دائما ، سريع الفهم ، متسامح مع الآخرين ، دقيق ومثالى فى عمله ، دائم النشاط ، يحب الجنس الآخر بشدة ، فان مفهومها لدى المدمنين يختلف عن مفهومها

الشائع بين غير المدمنين ، وذلك كما تبين الباحث من خلال جلسات المناقشة . ذلك أن التواضع والتسامح لديه إزاء الآخرين ناتج عن احساسه بالعجز والضعف والاحتقار من الآخرين حتى من تجار الأفيون أنفسهم الذين يعاملونهم بمنتهى القسوة والعنف ، كما أن دقته فى العمل ونشاطه الزائد إنما هما حكمان زائفان نتيجة لما يشعر به من تحسن وهو فى ظل الأفيون عنه وهو بدون أفيون ، أما حبه الزائد للجنس الآخر فإنما يعبر كما سبق أن قرر الباحث عن استخدامه الجنس وسيلة من وسائل التخفف من الاكتئاب المسيطر عليه .

ولما كان المدمن يدرك مجتمع المدمنين — وهو أحد أفراده — بهذه الصورة السيئة ، فان ذلك قد يبين لنا الأساس السيكوباتى فى شخصيته ، فأصحاب السلوك السيكوباتى عادة ما لا يفيدون من التجربة ولا يأبهون بنظرة المجتمع إليهم ، بالإضافة إلى أنهم يبررون أفعالهم عادة بتبريرات وأسباب واهية. ومما يؤيد ما نذهب إليه أنهم لو لم يكونوا سيكوباتيين لما وصفوا المجتمع الذى ينتمون إليه بهذه الصفات وهم يعلمون أنها صفات لا اجتماعية ، وبمعنى آخر فان عدم إدراكهم للتناقض المعرفى بين ما يجب أن يكونوا عليه تبعا للتقاليد والقيم الاجتماعية والصفات التى يتطلبها المجتمع وبين ما يقومون به بالفعل، والصفات اللااجتماعية التى يتسمون بها ، عدم ادراكهم لهذا التناقض يدل على شخصيتهم السيكوباتية . وقد تبين الباحث فى جلسات المناقشة أن تبريرهم لوجودهم ضمن مجتمع المدمنين كان تبريرا واهيا يعتمد على سلبية طفلية منهم وعلى احساس قوى بأنهم مقهورون وليس لهم ذنب أو جريرة فى الإدمان .

وفى هذا الصدد يرى الباحث أن وسيلة للعلاج النفسى تقوم على جعلهم يستبصرون بهذا التناقض المعرفى بين الصفات التى يتطلبها المجتمع وبين الصفات الشائعة فى مجتمع المدمنين قد تكون مفيدة فى علاج المدمنين .

ثانياً : ديناميات الشخصية لدى المدمن من منظور نفسى اجتماعى :

يعرض الباحث فيما يلى إلى ديناميات شخصية مدمنى الأفيون من وجهة نظر نفسية اجتماعية وذلك كما تبدت فى النتائج التى تم الحصول عليها من البحث الحالى. وتعد العوامل الآتية من أهم الديناميات المميزة لشخصية المدمن .

(أ) عوامل سيكولوجية :ـ

١ ـ ضعف الأنا .
٢ ـ استخدام أسلوب الانسحاب باعتباره ميكانزما أساسيا لمواجهة المواقف .
٣ ـ تعطل النمو النرجسى لدى المدمن .
٤ ـ شيوع السمات النفسية المرضية وأظهرها عدم الأمن الانفعالى والاكتئاب والانحراف السيكوباتى .
٥ ـ ميل إلى عقاب الذات وتدميرها .
٦ ـ اضطراب السيادة الجنسية .

(ب) عوامل اجتماعية :ـ

تحددت فى انتمائهم إلى الطبقة الدنيا مع ممارستهم لأعمال يدوية غير فنية تدر عليهم دخولا ضئيلة ، كما تميل أسرهم إلى كبر الحجم ، كما أنهم يقطنون فى مناطق تتميز بالازدحام السكانى عموما . كما أن معظمهم أتى من أسر كانت تشيع فيها الخلافات العائلية بمختلف أشكالها .

ويرى الباحث أن جميع العوامل السابقة تعمل متضافرة لدفع الشخص نحو الإدمان تخففا مما يعانيه من اضطراب الشخصية وعدم توافقها .

ويتناول الباحث فيما يلى العوامل السيكولوجية ثم العوامل الاجتماعية بالتفصيل .

(أ) العوامل السيكولوجية :

١ - ضعف الأنا :

إذا كان الأنا يمثل جوانب معينة فى البناء النفسى تنظم وتحكم العلاقة بين العالم الخارجى وبين دوافع الفرد وحاجاته وقيمه الداخلية ، وإذا كان الأنا يتكون فى الطفولة المبكرة ليقوم بوظيفة تكييف وتعديل الإدراك والاستجابة لخبرات الطفولة المتأخرة وحياد الفرد بعد ذلك .

فان عدم قدرته لدى المدمن لمواجهة الواقع والاعتراف به وتسخيره لتنفيذ رغبات المدمن فى الحصول على العقار لارضائه وإشباعه دون أى اعتبار للواقع ومتطلباته إنما يدل على ضعف شديد فى تكوين الأنا وجعله فى صورة أقرب إلى (الهو) ، وهذا ما بينته نتائج البحث الحالى التى أوضحت بجلاء أن المدمن يعيش من أجل تناول العقار فى نظام ذاتى دائرى مغلق (من البحث عن العقار إلى تعاطيه إلى التخلص من آثاره إلى البحث عنه)

٢ - استخدام الانسحاب باعتباره ميكانزما أساسيا لمواجهة المواقف :

لما كانت الوظيفة العامة للدفاع النفسى هى تجنب القلق وذلك عن طريق إعادة تنظيم الخبرة ، أو تغيير الإدراك للمثيرات أو المنبهات المختلفة أو بالتعبير عن الدوافع والحاجات الداخلية أو الأحداث والوقائع الخارجية .

ولما كانت الإرجاعات التوافقية عند الفرد تشمل ثلاثة أنواع رئيسية هى الهجوم والانسحاب والتوفيق .

فان نتائج البحث الحالى قد بينت أن المدمن لا يستخدم لمواجهة الواقع سوى أسلوب الانسحاب ، فهو لا يستخدم أسلوب الهجوم المصحوب بانفعال الكراهية كما يبدو فى سلوك المجرمين . ولا يستخدم أسلوب التوفيق

والتراضي والاستبدال الذى يتطلب منه تعاملا أكثر إيجابية مع وقائع البيئة . ذلك لأن نمط التحاشي والانسحاب والاعتماد السلبي يتسق مع ميوله فى النكوص والارتداد ومع ذاته الضعيفة التى لا تقوى على مواجهة الواقع . وعادة ما يكون الانسحاب ماديا ونفسيا فهو يقلل من تفاعلاته المادية مع البيئة كما يقلل من إظهار نزعاته ودفعاته العدوانية أو الجنسية . وعادة ما يحقق له المخدر – على المستوى التخيلى – كل نزعاته ودفعاته العدوانية .

٣ – تعطل النمو النرجسى عند المدمن :

لما كانت النرجسية من وجهة نظر التحليل النفسى (فينيكل ١٩٦٩) تمر فى ثلاث مراحل هى النرجسية الأولية ، وهى الفشل فى الوعى والقبول الداخلى للانفصال والتمايز بين الذات والموضوع . وهذه النرجسية طبيعية لدى الطفل الوليد .

ثم النرجسية الثانوية التى تنتج عن اطراد تمايز الذات والتى فيها تتعدل ارتباطاته بالأشخاص الآخرين ، ويتحولون من امتدادات له إلى وسائط بالنسبة له .

وأخيراً المرحلة الثالثة التى تقوم على الاعتماد المتبادل بين الذات والآخر ، وكأنها عودة للمرحلة الأولى من التوحدات بالآخر . بمعنى أن التوحد بالآخر يجعل الفرد غير مستقل استقلالا تاما ، غير أنه توحد لا يمحو التمايز بين الذات والآخر ، ويجد الفرد فى هذه المرحلة أيضاً احترامه الحقيقى لذاته كما أن الفشل فى ممارستها قد يترك أنماطا سيكوباتية وعصابية ، والفشل فى نموها يترك نمطا ذهانيا واضطرابا خلقيا شديدا .

فان سلوك المدمنين يدل على أنهم تخطوا المرحلة الأولى إلى المرحلة الثانية ولكنهم فشلوا فى تخطيها إلى المرحلة الثالثة . ذلك أن نتائج البحث

الحالى تشير إلى أن الموضوعات جميعها بالنسبة إليهم هى وسائط اشباع ووسائل تحقيق لذةذاتية ، دون وجود تفاعل حقيقى بينهم وبين الموضوعات فى الواقع الذين يعيشونه ، فالزواج والاتصال الجنسى وسيلة للتخفف من الاكتئاب ، الحاجة إلى المال والاعتماد على الغير بقصد تحقيق رغبتهم فى الحصول على العقار ، ومشاعرهم الزائفة تحت تأثير الأفيون بالقوة والاقتدار والامتلاء تحت تأثير العقار يجعل تعاملهم مع الواقع هشا بحيث أنهم لا يستطيعون تكوين صداقات حقة وعلاقات طيبة مع الآخرين . إنهم – كما بينت جلسات المناقشة – لا يدرون كيف تتم إدارة شئون منازلهم ، كما أن عدد أصدقائهم كما بينت استمارة المقابلة ضئيلة جدا .

إن حالة التخدير عندهم تردهم إلى المرحلة الأولى من النمو النرجسى حيث لا تمايز بين الذات والموضوع وحيث الحصول على الاشباع الكلى واللذة التامة هو الاعتبار المطلق للذات .

٤ – شيوع السمات المرضية النفسية وأظهرها عدم الأمن الانفعالى والاكتئاب :

لما كان الفشل فى ممارسة المرحلة الثالثة من النمو النرجسى يؤدى إلى أنماط سيكوباتية وعصابية ، كما أن الفشل فى نموها يترك نمطا ذهانيا واضطرابا خلقيا خطيرا .

ولما كان المدمن لم يستطع الوصول إلى هذه المرحلة الثالثة من النمو النرجسى .

ولما كانت الأنا ضعيفة وتتسم بطابع السلوك الانسحابى فان السمات النفسية المرضية عادة ما تستشرى فى شخصية المدمن،وهذا ما بينته نتائج جميع الأدوات التى استخدمها الباحث فى هذا البحث، وكانت السمات ذات السيادة هى عدم الأمن الانفعالى والاكتئاب ، فهو يشعر بالعزلة

والتوحد ، كما يدرك البيئة من حوله على أنها بيئة عدائية لا يملك حيال عدائيتها إلا الانسحاب منها .

٥ – ميل إلى عقاب الذات وتدميرها :

يظهر هذا الميل بوضوح لدى المدمنين ليس فقط فى تناولهم للأفيون وما ينتج عنه من آثار تصيب الجسم بالتسمم ولكن فى إصرارهم على تناول العقار بعد فترة طويلة من الإدمان ، وما تبين لهم فيها من تدهور فى أحوالهم الصحية العامة وفقدان لقدرتهم الجنسية وتراكم المشكلات الاجتماعية والاقتصادية حولهم .

المدمنون إذن مدفوعون قهريا إلى تدمير ذواتهم يساعدهم فى ذلك (أنا) ضعيف اتخذ من الانسحاب وسيلة للتحاشى وإحساسا بالعجز والضعف إزاء البيئة التى يعيشون فيها وفشلا فى النمو النرجسى لهم . إن هذه الماروخية لديهم تشير إلى اضطراب فى النمو الجنسى لديهم ، ويؤيد ذلك ما وجده الباحث فى نتائج اختبار تفهم الموضوع من توحد مرضى حيال الأم وكراهية وعداء للأب ، فهم يعاقبون أنفسهم خوفا من اكتشاف الأب لهذا الحب الموجه إلى الأم ، أى أنهم فشلوا فى اجتياز الموقف الأوديبى بنجاح مما أدى إلى وجود هذه الميول التدميرية للذات عندهم .

٦ – اضطراب السيادة الجنسية :

لما كان النمو النفسى الجنسى كما ترى نظرية التحليل النفسى يمر بمراحل متتالية هى المرحلة الفمية ثم المرحلة الشرجية ثم المرحلة القضيبية ثم فترة الكمون وأخيرا الجنسية التناسلية .

ولما كانت لكل مرحلة من هذه المراحل السيادة فى الفترة الزمنية من

النمو المناسبة لها ، فالمرحلة الفمية لها السيادة عند الرضيع ومع النمو تنتقل السيادة إلى المنطقة الشرجية وهكذا .

ولما كان (فينيكل) يرى أن الزعامة الانسالية لدى مدمنى المخدرات تتجه إلى الانهيار ، وهم الذين كانت زعامتهم الانسالية دائما مزعزعة ، وأن التحليل يكشف عن صورة مختلطة لكل أنواع الرغبات والصراعات قبل الانسالية ، وأن التوتر النهائى يشبه أبكر مراحل النمو الليبيدى قبل أن يكون هناك أى انتظام على الاطلاق ، وعلى وجه الدقة يشبه الوجهة الفمية للرضيع ، الذى كان يتطلب الاشباع دون أية قدرة على العطاء ، ودون أى اعتبار للواقع ، وأن النزعات الفمية والجلدية تكون صريحة فى تلك الحالات التى يكون تعاطى المخدر فيها بالفم أو بالحقن تحت الجلد .

فان نتائج البحث قد أيدت أن هناك اضطرابا فى السيادة الجنسية لدى المدمن إذ أن الجنسية التناسلية المفترض أن لها السيادة قد تنحت إلى المنطقة الفمية ، ذلك أن الفم قد أصبح من جديد هو مصدر الاشباع الوحيد الكامل للمدمن . فاذا كان الطفل الحديث الولادة لا يجد الاشباع الكامل إلا من خلال الفم ولا يبدأ فى الصراخ والعويل إلا بعد أن يستشعر آلام الجوع ولا يهدأ له بال إلا من خلال الفم مرة أخرى دون أى اعتبار للواقع المحيط به ودون أى قدرة على العطاء .

فان المدمن يعيش هذه المرحلة من النمو طوال فترة إدمانه ، ذلك أن الأفيون مقدما إليه من الفم يصيبه بالاشباع الكامل ويجعله فى حالة أقرب إلى السكون منها إلى الحركة ، وما أن يستشعر بدايات النقص فى آثار الانتشاء وبداية التناقص فى الأثر التخديرى حتى يبدأ البحث والتنقيب عن العقار غير مهتم بأى ظروف بيئية محيطة وغير قادر على أى تعديل بهذا الجوع الذى أصابه .

أن (بيجيروت) (Begerot 1927) قد قال أن المخدر هو أقوى

دافع صناعي قدم للبشر وأنه أقوى من الدافع الجنسي ، وذلك كما تبين له من دراسته الاكلينيكية على مجموعة من المدمنين المسجونين حول تفضيلهم قضاء سهرة مع النساء أم مع جماعة من الرفاق لتعاطى الهيروين ، وكانت استجابة المدمنين فى جانب قضاء السهرة فى تعاطى الهيروين .

ولكننا نقول أن المقارنة بين التخدير كدافع وبين الدافع الجنسى ليست مقارنة صحيحة ، ذلك أن الاشباع الذى يلقاه المدمن من الأفيون هو إشباع متكامل فهو إشباع جنسي وغذائى وأمن وطمأنينة نفسية ، أى أن المقارنة التى أجراها (بجيروت) هى مقارنة بين قوة الدافع الجنسي وكل الدوافع مجتمعة . وهذا ما تبين فى نتائج البحث الحالى عند استعراض آثار الأفيون كما يعرضها المدمنون أنفسهم .

كذلك فان ما وجده (هارى هارلو) (أحمد عبد العزيز سلامة ١٩٧١) من أن الاتصال اللمسى للأم له قيمة إثابية فطرية للطفل نجدها متحققة لدى المدمنين وذلك فى تفضيلهم البقاء فى مناطق تواجد الأفيون وحولها على تواجدهم فى بيوتهم ووسط أفراد أسرهم . إن بقاءهم بالقرب من أماكن تواجد الأفيون بعيدا عن بيوتهم ، وعدم نومهم وهم فى وسط أسرهم إلا بعد أن يطمئنوا إلى أن الأفيون موجود تحت رؤوسهم أو فى صدور ملابس نومهم ترجمة لما وجده (هارلو) فى تجاربه الشهيرة ، ذلك أن الأفيون يقوم بدور الأم إذ أنه هو مصدر الإشباع لدى أفراد لديهم السيادة الجنسية للمنطقة الفمية .

إن هذا الاتصال اللمسى وما له من قيمة إثابية قد يفسر سلوك المدمنين هنا وفى الخارج كما بينت البحوث الأجنبية من ميل المدمن إلى الابتعاد عن الأسرة وبقائه فى الشارع بقرب مناطق تداول المخدر .

ديناميات البنيان السيكلوجى لدى مدمن الأفيون المزمن تتكون من

ذات ضعيفة تتخذ من سلوك الانسحاب ميكانزما أساسيا لمواجهة المواقف ، ذات تستغل الموضوعات الخارجية كوسائط إشباع ، ويشيع فيها عدم الانفعال والاكتئاب والسيكوباتية والميل إلى تدمير نفسها ، ذات لديها اضطراب فى السيادة الجنسية بحيث تحتل الزعامة أكثر المناطق تبكيرا وهى المنطقة الفمية .

(ب) العوامل الاجتماعية :

إن العوامل الاجتماعية بكل عناصرها ، والعوامل الفسيولوجية تشكل من وجهة نظرنا عوامل معجلة أو معوقة للوقوع فى الإدمان . ولكن يظل الإدمان بالدرجة الأولى مشكلة نفسية ، أما بقية العوامل فهى من قبيل العوامل المهيئة للإدمان ، ذلك أن كون المدمن المزمن كما بينت النتائج ينتمى إلى طبقة اجتماعية اقتصادية دنيا يشيع فيها الفقر والمشكلات والبيوت المهدمة والخلافات لا يعنى أن هذه العوامل هى عوامل إدمان ، إذ أن هذه العوامل نجدها فى أى انحراف وأى جناح وأى ظاهرة مخالفة للقيم والعادات ، إنها بمثابة العامل المساعد الذى يعجل بحدوث التفاعل ولكنها لا تسببه ، وإلا فكيف نفسر ما يقوله من تعرضوا لهذه الظاهرة فى الخارج من أن الإدمان موجود فى كل طبقة وفى كل مذهب وفى كل مهنة . ولا يعنى ذلك إلغاء أو تقليلا من قيمة هذه العوامل ولكن تبيانا أن مشكلة الإدمان بالدرجة الأولى هى مشكلة سيكلوجية ، وأن التفاعل بين البنيان السيكلوجى الذى سبق أن ذكره الباحث مع ظروف اجتماعية وحضارية وفسيولوجية معينة يؤدى بالفرد إلى الإدمان .

قد يتعرض فرد ما لضغوط جماعة الأقران ويستخدم عقارا ما أكثر من مرة ، ولكن يظل الفيصل فى إدمانه طبيعة استعداده النفسى التى تستجيب أو لا تستجيب لذلك .

إن ما يدفع الباحث إلى توكيد أن الإدمان مشكلة نفسية هو ما وجده

على عكس ما كان يتوقعه — من عدم شيوع الإدمان فى أسر المدمنين من إخوة أو آباء إذ بلغت نسبة من لهم إخوة مدمنون ٩,٥ ٪ ومن لهم آباء مدمنون أو كانوا مدمنين هى ٩,٥ ٪ ، كما بلغت نسبة من لهم أحد من الأقارب (خال — ابن عم — عم — ابن خال ... إلخ) ١٤,٣ ٪ وبلغت نسبة من لا يوجد أحد غيرهم مدمن للأفيون ٦٦,٧٪ . وذلك بالإضافة إلى كل ما سبق أن ذكره الباحث فى هذا الشأن .

ثالثاً : وجهة نظر حول ظاهرة الإدمان :

يرى الباحث أن ظاهرة الإدمان من الموضوعات التى تتحدى الجانب التطبيقى للنظرية فى علم النفس ، فاذا كان الإدمان نوعا من التعلم الخاطىء أو التشريط الايجابى أو السلبى فان فك هذا التعلم وإطفاء ذلك التشريط يعنى التخلص من الإدمان ، وهنا نكون أمام مواجهة تطبيقية مع كل مبادىء نظريات التعلم وامتحان حقيقى لها .

وإذا كان الإدمان نوعا من أنواع التوافق السىء للشخصية فان تعديل هذا التوافق إلى توافق سوى يعنى سواء الشخصية كلها وابتعادها عن الإدمان ، وهنا نكون أمام تحد لكل طرائق العلاج ومناهجه من التحليل النفسى إلى العلاج السلوكى إلى غيرها .

وتعد هذه الظاهرة — بحق — تحديا للنظرية فى علم النفس بعامة لأن الإدمان ظاهرة غاية فى التعقيد ولا يستطيع أن يدعى نظام علمى معين أنها مشكلته الأساسية ، فالإدمان أرض حدية بين العديد من الأنظمة العلمية ولا يستطيع نظام واحد أن يزرع فى هذه الأرض ويجنى منها شيئا .

وعلى ذلك ومع الأخذ فى الاعتبار أن أهم ما فى هذه الظاهرة هو المدمن نفسه وبالتالى فهى مشكلة سيكولوجية بالدرجة الأولى ، فان النظرة التكاملية للإدمان تفرض علينا الحذر فى أى تعميمات أو أى تخطيط لبرامج

علاجية وتأهيلية . إذ أنه من المعتقد ألا تنجح أية فلسفة علاجية لا تضم بين جنباتها العديد من التخصصات التي تتصل بالإدمان ، ولعل ذلك هو السبب في الفشل الذريع في برامج العلاج الموجودة حاليا في الولايات المتحدة الأمريكية وفي انجلترا . إن برامج العلاج التي يتم تقديمها بالخارج عادة ما تهتم بجانب واحد دون الاهتمام الكافي ببقية الجوانب ، أو أن تجعل العديد من العوامل في خدمة عامل معين بعينه .

ويرى الباحث أن يكون الاهتمام متكاملا ومتساوي الأهمية لكل ما يتصل بالإدمان من نواح سيكولوجية وطبية واجتماعية وفارماكولوجية وعلاجية وتأهيلية وترويحية ... إلخ .

كذلك يرى الباحث أنه مادام هناك بنيان سيكولوجي معين يجعل الفرد مستهدفا للإدمان ، ومادام هذا البنيان في بعض جوانبه الرئيسية نتيجة لظروف تربوية معينة في الفترة الأولى من حياة الطفل فان من الواجب وضع سياسة تربوية تضمن ألا يتكون هذا البنيان أو على الأقل تقلل من احتمال وجوده ، سياسة تضع في اعتبارها أن الإدمان هو ظاهرة المستقبل ، وأن التقدم الحضاري التكنولوجي له نتائج عديدة يعرفها الجميع من رخاء وازدهار ، وأضيف : وشيوع الإدمان .

ذلك أنه مع التقدم الحضاري الهائل وزيادة العزلة والاحساس بالوحدة والأمن مع أنظمة تربوية لا تستطيع أن تلحق بقيمها وعاداتها وتقاليدها بذلك التقدم ، فان الفرد يكون أكثر اكتئابا وأكثر استعدادا لأن يتناول ما يداري اكتئابه ويعطيه الاحساس بالقوة والاقتدار ، وما يعود به إلى الفترة التي كان العالم فيها امتدادا لذاته أعني فترة الطفولة المبكرة .

إن مرضية الذات وطبيعة البنيان النفسي بكل اضطراباته هي التي تحدد نوع العقار ، وهذا يعني أن الشخصية ذات الطابع الانسحابي تكون

أكثر ميلا للأفيون ، أما تلك التى تعتمد على العدوان فإن الكحوليات هى موضوع الإدمان ، وعلى ذلك فان الباحث يعتقد أن القول بأن نوع القيم السائدة حضاريا من كف عدوان أو تشجيع على المبادأة تحدد نوع العقار موضع الإدمان فى بلد ما هوقول خاطىء ، وإلا لوجدنا الأفيون فى المشرق حيث الظروف الحضارية تشجع كف العدوان ولوجدنا إدمان الكحوليات فى الغرب حيث الحضارة تشجع المبادأة ، وهذا ما لم نجد إذ أن المورفين والهيروين من أكثر الإدمانات انتشارا فى الحضارة الغربية وهى من أقوى مشتقات الأفيون .

مشكلات يثيرها البحث :ـ

يرى الباحث أن البحث الحالى قد يثير المشكلات الآتية التى يضعها الباحث فى صورة تساؤلات عامة :

١ ـ ما الفروق الموجودة فى المتغيرات النفسية بين مدمنى العقاقير المختلفة ؟

٢ ـ ما الفروق فى المتغيرات النفسية بين المدمنين وإخوتهم غير المدمنين ؟

٣ ـ ما الأثر الذى يحققه تقديم برنامج علاجى متكامل (نفسى ، طبى ، اجتماعى ، تأهيلى) على متغيرات الشخصية لدى المدمنين ؟

٤ ـ هل من الممكن منع المدمن عن الإدمان عن طريق العلاج السلوكى باستخدام تشريط سالب من قبيل تعريضه لتيار كهربائى بسيط ؟

٥ ـ هل من الممكن الوصول إلى مقياس للإدمان يشتق من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه يفيد فى التنبؤ والتشخيص ؟

٦ ـ ما السمات السيكولوجية المميزة لزوجات المدمنين عند مقارنتهن بزوجات لأناس غير مدمنين ؟

(أ) المراجع العلمية

١ — أحمد الحادقة: التعاون العربي والدولي لمواجهة المخدرات .. في الندوة الدولية العربية حول ظاهرة تعاطي المخدرات ، القاهرة ١٩٧١ .

٢ — أحمد زكي صالح : تعليمات اختبار الذكاء المصور . دار النهضة العربية . القاهرة ١٩٧٢ .

٣ — أحمد عبد العزيز سلامة : كراسة تعليمات استفتاء ماسلو . النهضة العربية ، القاهرة ١٩٧٣ .

٤ — ——————— : استفتاء ماسلو لانعدام الشعور بالأمن : دراسة لاستجابات عينة من طلاب الجامعات المصرية من الجنسين للاستفتاء . دار النهضة العربية . القاهرة ١٩٧٤ .

٥ — ——————— ، جابر عبد الحميد : سيكولوجية الطفولة والشخصية « مترجم » .

٦ — جمال ماضي أبو العزايم : دور العيادة الخارجية في علاج الإدمان . في الندوة الدولية العربية حول ظاهرة تعاطي المخدرات . القاهرة ١٩٧١ .

٧ — سعد المغربي : سيكولوجية تعاطي المخدرات . رسالة دكتوراه غير منشورة . كلية آداب عين شمس القاهرة ١٩٦٦ .

٨ — سمير الجنزوري : التدابير التشريعية للوقاية من تعاطي المخدرات .

فى الندوة الدولية العربيه حول ظاهرة تعاطى المخدرات .
القاهرة ١٩٧١ .

٩ — سيد محمد غنيم : سيكولوجية الشخصية . دار النهضة العربية .
القاهرة ١٩٧٣ .

١٠ — سيد محمد غنيم ، هدى برادة : الاختبارات الاسقاطية . دار
النهضة العربية . القاهرة ١٩٦٤ .

١١ — صبرى جرجس : مشكلة السلوك السيكوباتى ، دار المعارف .
القاهرة ١٩٥٧ .

١٢ — صلاح مخيمر : سيكولوجية الشخصية . الأنجلو المصرية . القاهرة
١٩٦٨ .

١٣ — على راشد : تخطيط السياسة الجنائية فى البلاد العربية . من
منشورات المكتب الدولى العربى لمكافحة الجريمة ، بغداد
١٩٦٨ .

١٤ — فاروق سيد عبد السلام : دراسة لبعض متغيرات الشخصية المرتبطة
بالتصلب الفكرى . رسالة ماجستير غير منشورة . كلية
التربية . جامعة الأزهر ١٩٧٣ .

١٥ — فينكل ، أوتو : نظرية التحليل النفسى فى العصاب . ترجمة صلاح
مخيمر ، عبده صالح ميخائيل رزق . الجزء الثانى . الأنجلو
المصرية ١٩٦٩ .

١٦ — لويس كامل وآخرون : الشخصية وقياسها . النهضة العربية . القاهرة
١٩٥٩ .

١٧ ــ محمد سامى هنا : تفكير المرضى النفسيين . دار نافع للطباعة . القاهرة ١٩٧٤ .

١٨ ــ محمد عثمان نجاتى ، أحمد حمدى : اختبار تفهم الموضوع . النهضة العربية . القاهرة . بدون تاريخ .

١٩ ــ محمد محمد نجيت الملاح : الإدمان على المخدرات . مطبعة فتح الله الياس . القاهرة ١٩٣٨ .

٢٠ ــ محمود الزيادى : علم النفس الاكلينيكى . الأنجلو المصرية . القاهرة ١٩٦٩ .

٢١ ــ يحيي الرخاوى : علاج المدمنين صحيا والوصول به إلى أفضل النتائج . فى الندوة الدولية العربية حول ظاهرة تعاطى المخدرات . القاهرة ١٩٧١ .

22. Abrams, A., Gagnon, J.H., and Levin, J.J. : **Psychosocial Aspects of Addiction.** Amer. J. Public Health N.Y., (11) 1968.

23. Anastasi, Anne : **Psychological testing,** the Macmillan Com. N.Y. 1959.

24. Anslinger, Harry, J. & Oursler, will : **The murderers,** Avon-books Division N.Y. 1961.

25. Arieti, Silvono : (Editor) **Handbook of American Psychiatry** Vol. I basic books 1959.

26. Arnon, D., Kleinman, M. and Kisen, B. **Psychological discrimiuation in heroin addicts,** Inter. J. of the Addictions (9) 1974.

27. Ausubel, D. P. **Causes and types of narcotic addiction A psycho-social** view, Psychiatr. Q., 1961.

28. Ball, J. C. **Two patterns of narcotic Drug Addiction in the** States J. Criminal Law. London (2) 1965.

29. Ball, J.C. and Cottrell, E.S. **Admissions of narcotic drug Addicts to public Health Service Hospitals,** Public Health Rep. Washington (6) 1965.

30. Ball, J.C., and Snarr, R.W. : **A test of the maturation Hypothesis with respect to opiate addiction.** Bulletin on narcotics, N.Y. 1969.

31. Bernard, G.W. and Ritch, L. : **Psychodynamics of narcotic addiction.** Fla. Med. Assoc, (55) Jacksonville 1968.

32. Becker, H.S. : **Becoming a Marijuana user.,** A sociological **approach in mental Health and mental** disorder., N.Y. **1955.**

33. Bejerot, Nils : **Addiction, An artificially induced drive,** Charles. C. Thomas, Illinois, 1972.

34. Benedict, R. : **Patterns of Culture, N.Y. 1946.**

35. Camneron, C. **Hospitalization of Narcotic Addicts, in Mayerr Goss, clinical Psychiatry,** third edition 1969.

36. Canon, Frank : **Drugs,** the third Press, N.Y. 1971.

37. **Chien, I. ; Narcotic deliquincy,** Tavistock, London, 1964.

38. Chien, I., Gerard, D.L., Lee, R.S., and Rosenfield, E : **The road to H. Narcotics, Deliqueney and social policy.** Basic Books. N.Y. 1964.

39. **Chien, I., & Rorenfield, E : Juvenile Narcotic use : Law and contemporary problems,** Basic books. N.Y. 1957.

40. Chinlund, S. : **The female Addict.** Science News. 1969, 95 (14).

41. Claridge, G.S. **The effects of mebromate on the performance of a five choice time task.**, J. mental Science vol. (107) 1961.

42. Cohen, Sydney, : **The drug dilemma**, Mc-Graw Hill N.Y., 1969.

43. Coleman, James, C. and William, E. : **Abnormal Peychology and modern life**, Scott, Forseman, com. Illinois. 1972.

44. Davies, J. I. **Drug taking among young people.**, Basic Books, N.Y. 1967.

45. Dupont, Robert., L. Katon, Richard : **Physicians and the heroin addiction epidemic**, Modern Medicine, 1971.

46. Easton, K. : **Clinical studies on the Patho genesis and personality structure of male narcotic addict**, Hill side Hospital, J. N.Y. 1965.

47. Eidlberg, Ludwig, (Editorinchief) : **Encyclopedia of Psychoanalysis**, The free press N.Y. 1968.

48. Ellinwood, E.H., Smith, W.G. and Vaillant, G.E., : **Narcotic addiction in males and females** : A comparison International Journal of the Addictions (1) N.Y. 1966.

49. Elliot, Henry, W. : **Pharmacology of narcotics and antagonists as related to drug abuse**, Lea & Febiger, Philadelphia, 1972.

50. Elliot, M & Merrill, F. : **Social disorganization.**, Harper & Brothers N.Y. 1970.

51. Eveson, M. **Research with Female Drug Addicts at the Prison for women con.** J. of corrections ottawa (6) 1964.

52. Felsinger, J.M. von et al : **personality and reaction to drugs.,** J.A. M.A., 1955.

53. Fink, M. and Freedman, A.M. **Antagonists in the treatment of opiate dependence.**, Phillipson, London 1972.

54. Fisch mann., V.S. **Stimulant users in the California Rehabilitation centre.** international Journal of the Addictions N.Y. (3) 1968.

55. Fort, D.P. **Drugs as mean of relieving tension.** Holt corp., N.Y. 1967.

56. Frank, Jerome, D., et al : **Group Psychotherapy** Basic Books. N. Y., 1967.

57. Fraser, Havelock. F. : **Patterns of Abuse of noreotics : An Historical view,** Lea & Febjger, Pheladelphia, 1972.

58. Gendreau, P. & Gendreau, L.P., **The Addiction-Prone personality : A study of canadian heroin adicts,** canadian J. of behavioural science, Toronto 1970.

59. Gerrard, D.L. and Kornetsky, C. : **Adolescent opiate addiction, A study of control and addict subjects.**, Psychiatr. Q. (29) utica 1955.

60. Gilbert, J.G. & Lombardi, D.N. : **Personality Characteristics of young male narcotic addicts.**, J. couns. Psychol., (31) 1967.

61. Gossop, M.R., Stern, R. and connell, P.H. **Drug dependence and sexual dysfunction** Brat. J. Psychiat. (124). 1974.

62. Harms, Ernest : **Psychopathology in the Juvenile drug addict in Drugs and youth** edited by Ernest Harms, Pergemon Press., N.Y., 1973.

63. Hartmann, D. : **A study of drug taking adolescents.** international univ. Press. N.Y., 1969.

64. Hekimian, L.J. and Gershon, S. : **Characteristics of drug abusers admitted to a psychiatric Hospital.**, J.A.M.A. chicago (205) 1966.

65. Heller, M.E. and Mardkoff A.M. **Personality attributes of** the young, non addicted drug Abuser. Int. J. Addict., (7) 1972.

66. Hill, H.E., Haertzen, A., and Glaser, A. : **Personality characteristics of narcotic addicts** as indicated **by the M.M. P.I., J.** Gen. Peychol Province town, 1960.

67. Hofman, M. : **Comprehensive Psychology,** Basic Books., N.Y., **1964.**

68. ———— : **Drug addiction and hypersexuality related models of mystry., compr.** Psychiatry (5) **1964.**

69. Idan Paan-Heikkila and Schoolar, J.C. : **Heroin usage among multiple drug users : it's diagnostic and therapeutic significance.,** international conference and drug abuse., N.Y.C. 1969.

70. Jackson, G.W. and Richman, Alex. **Alcohol use among narcotic Addicts.** Alcohol research and health world 1973 (1) 1973.

71. Jaffe, J.H. : **Drug addiction and drug abuse, in the Pharmacological basis of the therapeutics by** L.S. Goodman and A. Gilman (Eds) ch. 16, Macmillan, N.Y. 1956.

72. Jaffe, Jerome, H., **Narcotic analgestics in the pharmacological basis of the theraputics.** McMillan, N.Y. **1970.**

73. ———— **The maintenance approach to the management of opioid dependence,** in proceedings of the international **conference, chris, J.D. Zarfonetis Lea & Febiger, Philadelphia, 1972.**

74. James, L.P. : **Suicide and mortality amongst heroin addicts in Britain.** Br. J. Addict, London, 1967.

75. Jones, F., and Laskowitz. D. : **Rorschach study of Adolescent addicts who die of an over dose** : A sign approach. Psychiatr. Digest, Northfield, 1964.

76. Kaplan, Bert. : **The inner world of mental illness** Harper, Com. N.Y. 1964.

77. Knowles, J.B. and Lucas, C.J., : **Experimental studies of the placebo response.** in Drugs and Human behaviour by Gordon Claridge, 1972.

78. Kolb. D. Gunderson, E. and Nail, R. **Preservice drug abuse.** J. Com. Psychol, (2) 1974.

79. Kolb, L. **Drug addiction, A medical Problem** springfield, 1962.

80. **Types and characteristics of drug addicts.** Ment. Hyg. (Albany). (9) 1952.

81. **Drug Addiction and its relation to crime.** Reprint from **mental hygiene** Vol. IX No. I 1952.

82. Kohn, P.M., and Mercer, G.W. : **Drug use Attitudes and the Authoritarianism - Rebellion Dimension,** Journal of Health and social behaviour (Washington) (12) 1971.

83. Krantz, John, C & Carr, C. Jelleff : **The Pharmacologic Principles of medical practice.** wilkins com. Baltimore, **1961.**

84. Krech., D., Kruchfield. R.S. and Ballaches, E, L. : **Individual in Society** Mc Graw-Hill, N.Y. 1962.

85. Kroll, P., Diamond, P., and Schooft, K.G. : **Psychodynamic of a group of middle class heroin addicts** : in personality

disorders by John, R. Lion. Wilkin, Comp, Baltimore. 1974.

86. Kramer, R. : **The conceptual status of social disorganization** (1943). in Becoming a Marijuana user by Becker, 1955.

87. Krystal, H., and Raskin, H.A. : **Drug Dependence,** Aspects **of ego functions.** Wayne state Univ. Press, Detroit, 1970.

88. Kurtzberg, R.L., Cavior, N., and Lipton, D.S. Sex Drawn First **and sex Drawn Larger by opiate Addict and non Addict** J. Prof. Tech. Pers. A Glendale (30) 1966.

89. Lambert, A. **The Problem of Drug Abuse,** in Drug Addiction by Ausubel, Random house, N.Y., 1958.

90. Laskowitz, D. : **The Adolescent Drug Addict :** An Adlerian View. Individ, Psychol (chicago) (17) 1961.

91. Laskowitz, D. : **A comparison of the intellectual preformance of the Juvenile addict with standerdization norms.** Journal of correctional education (Menard) (14) 1962.

92. Laskowitz, D. and Einstein, S.I. **Personality Characteristics of Adolescent addicts, Manifest Rigidity,** Corrective Psychiatry and Journal of Social Therapy, N.Y., 1963.

93. ———, : **Goal Behaviour of Adolescent Addicts and Deliquent Non-Addicted Peers.** Psychol Rep. (Missoula), 17 1965.

94. Lauri, Peter : **Drugs,** Penguine Books, Baltimore, 1964.

95. ———, : **Drugs, Medical, Psychological and social facts,** pelican books, Middlesex, 1971.

96. Lipscomb, W. : **Drug use in a Black ghetto,** J. Phychiat., (127), 1971.

97. Lord, Jess, R. : **Marijuana and Personality change,** Health Lexington Books, Lexington, 1971.

98. Martin, William, R. : **Pathophysiology of Narcotic Addiction.** In Drug Abuse, Proceedings of the international conference, Edited by Zarfonetis, 1972.

99. Monroe, J.J., and Austin, A. W. : **Identification Processes in Hospitalized Narcotic Drug Addicts.** J. Abnorm. Soc, Psychol, Washington (63) 1961.

100. Mukhergee, B. M., and Scherer, S.E. **A multivariate study of self Ideal congruence Among Drug users and non users when social Desirability factor is controlled.** Personality (New Zealand) (Palmerston North), 3, 1971.

101. Nyswander, Marie, : **Drug Addiction. in Handbook of** American Psychiatry Vol. I. 1959.

102. ———, **The Drug Addict as a patient, Grune** & Stratton, N.Y. 1956.

103. Osnos, B. and Freedman, I. **Treatment of Narcotic Addicts** in Mayer-Gross clinical Psychiatry third edition, 1969.

104. Preble, E. : **Social and cultural Factors Related to Narcotic use among puerto Ricans in New York City.** The international Journal of the Addications (New York) I, 1966.

105. Putnam, P.L., and Ellinwood, E.H. Jr : **Narcotic Addiction among Physicians** : A Ten Year follow-up, Amer. J. Psychiat., (122), 1966.

106. Quinn, W.F. : **Large Number of M.Ds found turning to Drugs.** J. Psychiat. (5) 1970.

107. **Rado, S.** : Narcotic Bondage, **A General theory of the dependence on Narcotic Drugs.** Am. J. Psychiatry, Hanover, (114) 1958.

108. ———, : **Fighting Narcotic Bondage and other forms of narcotic disorders,** compr. Psychiatry (4) 1963.

109. ———, : **Narcotic Bondage**, in J. of Psychiatry (12) 1957.

110. Rashad, Helmy : **Pharmacology for medical Students**, vol. I, The scientific book centre, Cairo, without date.

111. Rasor, W.R. Narcotic Addicts : **Personality Characteristics) & Hospital treatment**, Grune & Straton inc. N.Y. 1959.

112. Rathod, N.H. **Early Experiences in the life of a narcotic user.** in : Tongue, A, et al (Eds), Papers Presented to the international institute on the prevention and treatment of Drug Dependence, (Lausanne) 1970.

113. Ray, S. Oakley : **Drugs, Society and Human Behavior**, The C-V. Mosby Com. Saint Louis, 1972.

114. Rosenberg, C.M. : **Young Drug Addicts** : Background and Personality, J. New, Ment. Dis. Baltimore (148) 1969.

115. Rotter, Julian, B : **Clinical Psychology**, in Foundation of Modern, Psychology Series, Edited by Richard, S. Lazarus, Prentice-Hall, inc., Englewood Cliffs New Jersey, 1967.

116. Ruch, Floyd, L. and Zimbardo, Philip, G. : **Psychology and life**, Scott, Forseman Com, illinois, 1971.

117. Saltman, Jules. : **What can we do about Drug abuse**, Stewart, N.Y., 1970.

118. Schasre, R. : **Cessation Patterns Among Neophyte Heroin Users**. International Journal of the Addictions, N.Y. (1) 1966

119. Scher, J. : **Patterns and Profiles of Addiction and Drug Abuse**, J. Psychiat. (15) 1966.

120. Scott, J.M. : **The white poppy, A History of opium** Funk & Wagnalls N.Y. 1969

121. Shaw, C. & McKay, H. : **Juvenile Delinquency and urban areas,** univ. Chicago Press, 1942.

122. Smith, D. **Drug Use and Abuse, in Psychology and life by** Ruch and Zimbardo, 1971.

123. Smith, W.G., Ellinwood, E.H., and vaillant, G,E, : **Narcotic Addicts in the Mid 1960's** Public Health Reports, Washington (81) 1966.

124. Sola, St., A., and wieland, W.F. **the Psychopathology of narcotic dependent individuals,** in personality disorders by John R. Lion 1974.

125. Stater, Eliot & Roth, Martin : **Drug dependence** in Mayer-Gross Clinical Psychiatry third edition, The Williams and wilkins Co., Baltimore, 1969.

126. Sutherland, E & Gressy. D. : **Principles of Criminology.** Mc-Graw Hill, N.Y. 1964.

127. Sutker, Patricia, B. : **Narcotic Addiction among Adolescents** J. Abnormal Psychol. (4) 1974.

128. Teasdale, John, D : **Drug Dependence, in Handbook** of Abnormal Psychology by H.J. Eysenck, 1973.

129. Torda, C. : **Comments on the character and Psychodynamic** Process of Heroin Addicts. Percept, Mot. Skills, (Missoala), (27), 1968.

130. Trouton, D., and Eysenck, H.J. : **The Efects of drugs on** behaviour. In handbook of Abnormal Psychology Edited by H.J. Eysenck, Basic Books, 1961.

131. Vaillant., G.E. : **A twelve year follow up on N.Y, Narcotic Addict.** Amer. J. Psychiat., Hanver (123), 1966.

132. Victor, V & Isbell, H. : **Medical Aspects of Addiction to Analgesic Drugs.** Bulletine of Narcotics Vol. (4) 1950.

133. Walker, Helen, M. and Lev, Joseph., : **Statistical inferenc.,** Henry Holt com., N.Y., 1953.

134. Waeder, H., and Kaplan, E.H. : **Drug use in Adolescents.** international Univ. Press., 1969.

135. Weech., A.A. **The narcotic Addict and the street"** Arch. Gen, Psychiatry Chicago (14) 1966.

136. Westermayer, J. : Use **of Alcohol and Opium by the Meo of Laos.** J. Psychiat. (127) 1971.

137. Wikler, A. : **A Psycho dynamic study of a Patient During Experimental self-Regulated Re-addiction to Morphine.** Psychiatr. (Qutica) (36) 1952.

138. ———, : Clinical and E.E.C. **Studies on the Effects of Mescaline, N- Allynormorphine and Morphine in man.** J. Nerv. Ment. Dis (Baltimore) (120), 1954.

139. ———, : **Theory in Drug Addiction.** In HandBook of American Peychiatry, Vol., I, 1959.

140. ———, : **Personality Disorders.** In comperhensive hand book of psychiatry., 1971.

141. Wikler, A., and Rasor, R.W. : **Psychiatric Aspects of Drug Addiction.** Am. J. Med., (14) 1953.

142. Winick, C. : **Physician Narcotic Addicts.** Social **Problems, Kalamazoo (9) 1961.**

143. ———, : **Maturing out of Narcotic Addiction.** Bulletin of **Narcotics, N.Y. (14) 1962.**

144. ———, : **The life cycle of the Narcotic Addict and of Addiction.** U.N. Bulletin on Narcotics, N.Y. (16) 1964.

145. Wurmser, Leon. : **Personality disorders and Drug Dependency. In personality Disorders by John, R.** Lion, The Williams & Wilkins Com., 1974.

146. Zimering, P. et al **Heroin Addiction** in Adolescent boys. J. Nerve. & Ment. Disorders (114), 1951.

ب — التقارير والمنشورات

١ — الخطة العشرية بوزارة الشئون (بدون تاريخ) .

٢ — تقارير الأمن العام ٦٨ / ١٩٧٢ .

٣ — تقارير مصلحة السجون ٦٨ / ١٩٧٢م

٤ — تقرير وزارة الشئون (بدون تاريخ) .

5. Phoenix House information for Professionals. without Date.

6. W.H.O. Commision on Narcotic Drugs E/CN. 7/L. 373/Add, 2, Feb. 1974.

7. W.H.O. techn Report Ser 1969, No. 407.

8. W.H.O. E/CN. 7. 559 1973,

9. W.H.O. Youth and Drugs. Report of a W.H.O. Study group, Geneva, 1973.

10. W.H.O. Techn. Rep. Ser. 460, 1970.

ملحق رقم (أ)

جامعة الأزهر
كلية التربية

استمارة مقابلة
لدراسة المتغيرات النفسية والاجتماعية
لمدمن الأفيون

إعداد : فاروق سيد عبد السلام
قسم الصحة النفسية

١١

أولا : بيانات أولية : —

١ — الاسم : ....

٢ — تاريخ الميلاد :. ....

٣ — السن بالسنوات الكاملة : ....

٤ — الحالة الاجتماعية : ....

٥ — التاريخ الزواجى « بالنسبة للمتزوجين » : ....

	الزواج الأول	الثانى	الثالث	الرابع
(أ) السن عند الزواج				
(ب) سن الزوجة				
(ج) مهنة الزوجة				
(د) مدةالمعاشرة الزواجية				
(ه) عدد الأولاد				
(و) هل حصل طلاق				

٦ — عدد الاخوة : .... ذكور .... إناث

٧ — الترتيب الميلادى بين الجميع : .... الذكور .... الإناث

٨ — التاريخ المهنى :

	اسم المهنة	مدة مزاولتها	سبب تغيرها
(أ)	....	....	....
(ب)	....	....	....
(ج)	....	....	....
(د)	....	....	....
(ه)	....	....	....
(و)	....	....	....

٩ ــ الحالة التعليمية : ....

١٠ ــ التاريخ المرضى :

	اسم المرض	مدتـه	آثاره إن وجدت
(أ)			
(ب)			
(ج)			
(د)			

١١ ــ الدخل الشهرى بالجنيه : ....

١٢ ــ عدد من يعولهم « يشمل كافة من تعولهم الحالة من أفراد » ....

١٣ ــ عدد حجرات المسكن « تحتسب الصالة حجرة » : ....

١٤ ــ عنوان السكن : ....

١٥ ــ تاريخ دخول المصحة حاليا : ....

١٦ ــ مرات دخول المصحة السابقة : ....

	التـاريخ		المدة	سبب الدخول
	من	إلى		
(١)				
(٢)				
(٣)				
(٤)				
(٥)				

ثانياً : تاريخ الإدمان عند الحالة : يتم سؤال الحالة عن كافة العقاقير التى تناولها مرتبة ترتيبا تاريخيا أى حسب تناوله لها :

	العقار الأول	الثانى	الثالث	الرابع	الخامس
(أ) اسم العقار					
(ب) السن عند التعاطى :					
(ج) سبب التعاطى :					
(د) مدة التعاطى :					
(د) طريقة التعاطى :					
عند بدء التعاطى :					
(و) كمية العقار يوميا :					
عند آخر مرة :					
عند بدء التعاطى :					
(ز) المنصرف على العقار يوميا بالقروش :					
عند آخر مرة :					
(ح) آثار العقار على الحالة :					
(ط) كيفية الحصول على العقار :					
(ى) الآثار الناتجة عن عدم توافر العقار :					
(ك) الأسباب التى أدت إلى تغيير العقار :					

ثالثاً : إدمان الأفيون أو مشتقاته « آخر عقار تناولته الحالة » :

١ - كان سنك أد أيه فى أول مرة أخدت فيها الأفيون ؟
٢ - كان سنك أد أيه لما حسيت انك متقدرش تستغنى عنه يعنى أدمنته ؟
٣ - يعنى بعد كم مرة من أول مرة أخدته فيها ؟
٤ - هل بتتعاطاه حالياً فى أوقات محددة ؟
٥ - كم مرة بتاخد الأفيون فى اليوم حالياً ؟
٦ - ازاى بتاخده حالياً ؟
٧ - ايه الظروف اللى أخدت فيها الأفيون لأول مرة ؟
٨ - أد ايه الكمية اللى بدأت تاخدها ؟
٩ - كان بيكلفك اد ايه عند بداية أخدك ليه فى الشهر « بالقروش » ؟
١٠ - ايه الطريقة اللى أخدت بيها الأفيون لأول مرة ؟
١١ - أد ايه الكمية اللى بتاخدها حالياً ؟
١٢ - فى آخر مرة كان بيكلفك أد ايه فى الشهر ؟
١٣ - ايه هى الطرق اللى خدت بيها الأفيون ؟
١٤ - ايه أحسن طريقة تخليك تحس بأثر الأفيون أكثر ؟
١٥ - امتى يبدأ الأفيون تأثيره فى جسمك « بعد فترة أد أيه من أخده » ؟
١٦ - تقدر توصف لى بالتفصيل التأثير اللى بيعملوا فيك الأفيون ؟
١٧ - ايه المخدرات التانية اللى بتاخدها مع الأفيون ؟
١٨ - كان عمرك كام سنة لما ابتديت أخد الأفيون ؟
١٩ - وكانت ايه هى المناسبة بالضبط ؟
٢٠ - وايه اللى خلاك تاخد الأفيون فى المناسبة دى ؟
٢١ - وليه اخترت الأفيون بالذات ؟
٢٢ - هل حاولت الانقطاع عن الأفيون ؟
٢٣ - كم مرة حاولت الانقطاع عنه ؟

٢٤ ــ وقعدت منقطع عنه فى كل مرة أد أيه ؟

	المرة الأولى	الثانية	الثالثة	الرابعة
تاريخ الانقطاع				
مدة الانقطاع				
سبب الانقطاع				
أسباب العودة				

٢٥ ــ حسيت بايه بالضبط أول ما انقطعت عنه ؟

٢٦ ــ وليه عاوز تبطل الأفيون ؟

٢٧ ــ وايه اللى خلاك رجعت له بعد آخر مرة ؟

٢٨ ــ فى أى وقت بتفضل انك تأخد الأفيون ؟

٢٩ ــ بتاخد الأفيون وحدك ولا مع حد تانى ؟

٣٠ ــ ليه ؟

٣١ ــ تقدر توصف لى طعم الأفيون بالضبط ؟

٣٢ ــ تقدر تقوللى ازاى تميز بين الأفيون المغشوش واللى مش مغشوش ؟

٣٣ ــ إذا حصل وكنت محتاج للأفيون ومقدرتش تحصل عليه لأى سبب تقدر تشرح لى بالتفصيل إيه اللى بتعمله وإيه بتحس بيه ساعتها ؟

٣٤ ــ تقدر تقوللى اخترت الأفيون ليه بالذات ؟

٣٥ ــ بعد أد إيه بينتهى تأثير جرعة الأفيون من عليك ؟

٣٦ ــ هل كنت بتدخن قبل أخد الأفيون ؟

٣٧ ــ هل زاد تدخينك بعد التعاطى ؟

٣٨ ــ يعنى كنت بتدخن كام سيجارة قبل الإدمان فى اليوم ؟

٣٩ ــ وبعد الإدمان بتدخن كام سيجارة فى اليوم ؟

٤٠ ــ هل بتشرب قهوة ــ شاى ؟

٤١ ــ كام مرة فى اليوم ؟

٤٢ ــ هل بتشرب خمر ؟

٤٣ — بتشرب بكام فى اليوم ؟
٤٤ — لو احتجت الأفيون وماكنش معاك فلوس تعمل ايه بالضبط ؟
٤٥ — ايه العبارات الخاصة اللى بتستخدمها عند شراء وأخد الأفيون ؟
٤٦ — منين عادة بتجيب الأفيون « يكتفى بذكر المنطقة أو الحى » ؟

رابعاً : آثار الأفيون كما يراها المدمن : —

١ — وانت تحت تأثير الأفيون « لما يبدأ تأثيره عليك » يا ترى إحساسك بالوقت بيتغير ؟ يعنى هل الوقت بيمشى ساعتها بسرعة أكثر ولا ببطء ولا عادى ؟
٢ — والمسافات بتبان لك عادية ولا طويلة ولا قصيرة ؟
٣ — وحجم الأشياء بيبان لك كبير ولا صغير ولا عادى ؟
٤ — والأشياء والأشخاص أوضح من العادى ولا عادى ولا مهزوزة ؟
٥ — والألوان بتبان لك مزهزهة ولا عادية ولا بهتانة ؟
٦ — والأصوات بتبقى واضحة ولا غير واضحة ولا عادية ؟
٧ — والأصوات بتبقى عالية ولا واطية ولا عادية ؟
٨ — هل مقدرتك على التفكير — أفكارك يعنى — وانت واخد الأفيون بتبقى هى نفسها ولا بتتغير ؟
٩ — طيب بتتغير إزاى ؟
١٠ — وانت واخد الأفيون هل بتجيلك أفكار ملحة متكررة ما تقدرش تتخلص منها ؟
١١ — زى ايه ؟
١٢ — هل الأفيون بيساعدك على التفكير فى حل مشاكلك الخاصة ولا بيساعدك على انك تهرب منها ؟
١٣ — يا ترى وانت مخدر « تحت تأثير الأفيون » بتحس ان الوقت بيفوت بسرعة ولا ببطء ولا عادى ؟

١٤ ـ وانت من غير أفيون « يعنى مش مخدر من الأفيون » هل بتكون مفرفش ولا مقبوض (مكدر ـ مهموم) ؟

١٥ ـ طيب وانت مخدر ؟

١٦ ـ وانت من غير أفيون بتفرض رأيك على الغير ولا بتتنازل بسهولة ؟

١٧ ـ طيب وانت مخدر ؟

١٨ ـ وانت من غير أفيون بتكون متردد ولا متسرع ولا لاكدة ولا كدة ؟

١٩ ـ طيب وانت مخدر ؟

٢٠ ـ طيب تقدر توصف لى بالتفصيل حالتك لما تكون خرمان ؟

٢١ ـ وانت من غير أفيون بتنسى بسرعة ولا قوى الذاكرة ؟

٢٢ ـ طيب وانت مخدر ؟

٢٣ ـ وانت من غير أفيون انتاجك فى الشغل قليل ولا عادى ولا كتير ؟

٢٤ ـ طيب ولما تكون مخدر ؟

٢٥ ـ وانت من غير أفيون بتفضل تكون لوحدك ولا مع الناس ؟

٢٦ ـ طيب وانت مخدر ؟

٢٧ ـ وانت من غير أفيون تتأثر برأى غيرك بسهولة ولا بتخالف رأى الغير ؟

٢٨ ـ طيب وانت مخدر ؟

٢٩ ـ وانت من غير أفيون عادة بتبقى شايل الهم ؟

٣٠ ـ طيب وانت مخدر ؟

٣١ ـ هل بتفرح بسهولة لأى حاجة وانت من غير أفيون ؟

٣٢ ـ طيب وانت مخدر ؟

٣٣ ـ هل يتحزن بسهولة وانت من غير أفيون ؟

٣٤ ـ طيب وانت مخدر ؟

٣٥ - هل بتحصل خلافات كتيرة ولا قليلة ولا نادرة بينك وبين :

من غير أفيون	وأنت مخدر

زوجتك :
رؤساءك :
أولادك :
مرءوسيك :
زملائك :

٣٦ - لو حصل وواحد أكبر منك (فى سن والدك) نرفزك وانت مش واخد أفيون تعمل ايه ؟

٣٧ - طيب وانت مخدر ؟

٣٨ - لو حصل وواحدة أكبر منك (فى سن والدتك) نرفزتك وأنت مش واخد أفيون تعمل ايه ؟

٣٩ - طيب وانت مخدر ؟

٤٠ - لو حصل وواحد فى مثل سنك (زميلك فى الشغل مثلا) نرفزك وانت مش واخد أفيون تعمل ايه ؟

٤١ - طيب وانت مخدر ؟

٤٢ - تفتكر مدمن الأفيون يرتكب جرائم أكثر من غير المدمن ؟

٤٣ - تفتكر ايه الجرائم اللى يميل لارتكابها أكثر من غيره من الجرائم دى :

من غير تأثير الأفيون	وهو مخدر

يضرب :
يسرق :
يرتشي ويرشي :
يزور :
ينصب :
يقتل :
يغتصب واحدة :
يغتصب عيل :

٤٤ – وانت من غير أفيون « يعنى لو نمت من غير ما تكون واخد أفيون » بتحلم دايما أثناء النوم ؟
٤٥ – طيب وانت مخدر ؟
٤٦ – هل فيه حلم دايما بتشوفه يعنى بيكرر كتير فى نومك ؟
٤٧ – ايه هوه ؟
٤٨ – وانت من غير أفيون بيبقى نومك على طول ولا متقطع ؟
٤٩ – وانت مخدر ؟
٥٠ – وانت من غير أفيون بتقلق كتير أثناء النوم ؟
٥١ – وانت مخدر ؟
٥٢ – وانت من غير أفيون هل بتبقى قلقان وحاسس زى ما تكون حاجة وحشه حتحصل ؟
٣ – طيب وانت مخدر ؟
٥٤ – وانت من غير أفيون هل نفسك بتبقى مفتوحة للأكل ؟
٥٥ – وانت مخدر ؟
٥٦ – يعنى تفتكر ايه تأثير الأفيون على الأكل ؟
٥٧ – أول مرة أخدت فيها الأفيون تقدر توصف لى بالضبط إيه كان أثره عليك ؟
٥٨ – وآخر مرة أخدت فيها الأفيون تقدر توصف لى بالضبط إيه كان أثره عليك ؟

خامساً: الإدمان والجنس : –

١ – هل كان لك نشاط جنسى قبل الزواج « يعنى اتصال جنسى بالستات »
٢ – طيب وبعد الزواج ؟
٣ – تفتكر ان الأفيون منتشر بين المتجوزين والا غير المتجوزين ؟
٤ – ليه ؟

٥ — ايه المخدرات اللى كنت بتاخدها قبل الجواز ؟
٦ — وايه المخدرات اللى تعاطيتها بعد الجواز ؟
٧ — هل كمية المخدرات اللى كنت بتاخدها قبل الجواز زادت بعد الجواز ؟
٨ — وايه السبب ؟
٩ — وانت مخدر بتاخد وقت فى العملية الجنسية (الاجتماع مع الحريم) أطول ولا أقصر ولا عادى ؟
١٠ — وانت مخدر بتحس برغبة أكتر فى الاتصال الجنسى ولا برغبة أقل من العادى ؟
١١ — تفتكر فيه صلة بين إدمان الأفيون والنشاط الجنسى للبنى آدم ؟
١٢ — طيب ايه هو تأثير الأفيون على النشاط الجنسى ؟
١٣ — هل بيختلف نشاطك الجنسى وانت مخدر عنه وانت مش مخدر ؟
١٤ — تفتكر ليه ؟
١٥ — هل إدمان الأفيون يؤدى إلى الارتخاء الجنسى ؟
١٦ — تفتكر ليه ؟
١٧ — تفتكر ان ختان البنات مسئول عن انتشار الأفيون ؟
١٨ — يعنى تفتكر لو البنات ما يتطاهروش كان استعمال الأفيون يبقى قليل ؟
١٩ — لما تكون مخدر هل بتحس بتجاوب المرأة فى الجماع أكتر ولا عادى ولا أقل ؟
٢٠ — ايه رأيك فى أن الستات تأخذ الأفيون ؟
٢١ — ليه ؟
٢٢ — هل حاولت ولو مرة واحدة تعطى لمراتك أفيون ؟
٢٣ — ليه ؟

سادساً : مشكلات المدمن : —

١ — تفتكر إيه أهم المشكلات اللى قابلتك فى حياتك قبل الإدمان ؟
٢ — وحلتها إزاى ؟

٣ ــ وايه المشكلات اللى قابلتك بعد الإدمان ؟
٤ ــ وحلتها إزاى ؟
٥ ــ تفتكر إيه أهم المشاكل اللى تقابل أى مدمن أفيون ؟
٦ ــ طيب ايه هى المشاكل اللى تخلى الواحد ياخد أفيون « تدفعه لأخد الأفيون » ؟

سابعاً : فكرة المدمن عن مجتمع المدمنين : ــ

١ ــ يا ترى تفتكر ان الأفيون بيتعاطاه مين فى الفئات دى :
العمال ــ الطلبة ــ الموظفين ــ الفلاحين ــ الفنانين ــ رجال الدين
التجار ــ ناس تانيين هم :
٢ ــ تفتكر مين من هذه الفئات بيتعاطاه أكتر ؟
٣ ــ تفتكر الناس اللى بتتعاطى الأفيون بتبتدى من سن كام ؟
أقل من عشرين ، ٢٠ ــ ٤٠ ، أكثر من ٤٠ سنة .
٤ ــ تفتكر أكثر سن يتعاطى فيها البنى آدم الأفيون هى كام ؟
٥ ــ تفتكر الأفيون منتشر أكثر بين النسوان ولا الرجالة ؟
٦ ــ تفتكر الأفيون منتشر بين الفقراء ولا المتوسطين ولا الأغنياء ؟
٧ ــ طيب مين فى دول أكتر من الباقيين ؟
٨ ــ تفتكر الأفيون منتشر بين الأميين ولا اللى بيقرأوا ويكتبوا ولا اصحاب الشهادات ؟
٩ ــ ومين فيهم بيتعاطاه أكتر ؟
١٠ ــ تفتكر أن الأفيون منتشر بين المتجوزين أكتر والا غير المتجوزين ؟
١١ ــ تفتكر الأفيون منتشر اكتر فى الريف ولا فى المدن ؟
١٢ ــ تفتكر نسبة اد ايه من السكان بتاخد الأفيون ؟
١٣ ــ حاقولك بعض الصفات وتقوللى إذا كانت تنطبق ولا ما تنطبقش على مدمنى الأفيون « يعنى إجابتك حتكون بنعم أو لأ » :

نعم ، لا

يهتم عادة بملابسه ومظهره الخارجى :
مرح دائما :
متواضع دائما :
عنده إحساس انه مظلوم فى الحياة :
يكذب أكثر من غيره :
لا يفى بوعده :
سريع النسيان :
يضحى من أجل الأفيون بمسئولياته الاجتماعية :
أكثر شجاعة من غيره :
عنده إحساس أن الناس تضطهده :
يقع فى الخطأ بسهولة :
لا يحترم العادات والتقاليد :
حريص قوى على سمعته :
يخون الأمانة :
مضطرب نفسيا :
سريع الفهم :
متسامح مع الآخرين :
دقيق ومثالى فى عمله :
دائم النشاط :
سعيد فى حياته :
يتكلم أكثر مما يعمل :
محترم من الجميع :
عنيد ومتصلب الرأى :
لا يتحمل المسئولية ؟ :
يخاف بسرعة :
صعب التعامل معه :

نعم : لا :

كثير الشكوى :
لا يهمه إلا إشباع رغباته :
يشعر بالوحدة أكثر من غيره :
أفكاره شاذة دائما :
دائما مهموم :
شديد التدين :
يكره أن يكون مع الناس :
يحب الجنس الآخر بشدة :
لا يشغل تفكيره إلا مزاجه :
مضطرب عقليا :

ثامناً : رأى المدمن فى التخلص من الأفيون : —

١ — ايه رأيك لو طلع قانون يحكم على مدمن الأفيون بالإعدام ؟
٢ — لو أباحوا تعاطى الأفيون تعمل ايه ؟
٣ — تقترح ايه اللى نعمله علشان نقلل عدد المدمنين ؟
٤ — إيه فى رأيك أحسن طريقة للخلاص من الأفيون ؟
٥ — إيه فى رأيك أنسب طريقة قانونية لمنع إدمان الأفيون ؟
٦ — تفتكر إيه تأثير الأفيون على الجسم من الناحية الطبية ؟
٧ — تفتكر إيه أنسب الطرق للعلاج من الإدمان ؟
٨ — تفتكر إيه اللى يخلى أى واحد يتعاطى أفيون ؟
٩ — لو الأفيون أصبح بالمجان هل حتاخده بنفس الكمية اللى بتاخدها دلوقت ؟
١٠ — ليه ؟

تاسعاً : بعض العوامل الأسرية والاجتماعية للمدمن : —

١ — مين فى العيلة بياخد أفيون « درجة قرابته » ؟

٢ — إذا كان لك ابن وعرفت انه بيتعاطى أفيون تعمل ايه ؟

٣ — إذا كان لك بنت أو أخت توافق على جوارها من واحد بياخد أفيون ؟

٤ — ليه ؟

٥ — والدك عايش ؟

٦ — مهنته ايه ؟

٧ — كان عمرك كام سنة لما مات ؟

٨ — والدتك عايشة ؟

٩ — كان عمرك كام سنة لما ماتت ؟

١٠ — هل حصل طلاق بين والدك ووالدتك ؟

١١ — هل والدك تجوز غير والدتك ؟

١٢ — ممكن تشرح لى بالتفصيل طبيعة العلاقة بينك وبين والدك ؟

١٣ — ممكن تشرح لى بالتفصيل طبيعة العلاقة بينك وبين والدتك ؟

١٤ — هل كان فيه خلافات كثيرة بين والديك ؟

١٥ — هل كان والدك بياخد الأفيون ؟

١٦ — امال كان بياخد ايه ؟

١٧ — هل مازال بياخده لدلوقت ؟

١٨ — امال بطله ازاى ؟

١٩ — ايه أهم المشكلات بينك وبين مراتك ؟

٢٠ — هل ولادتك كانت طبيعية ؟

٢١ — امال كانت ازاى ؟

٢٢ — تقدر تفتكر امتى تم فطامك ؟

٢٣ — كم عدد أصدقاءك المقربين إليك ؟

٢٤ – كم واحد منهم بيتعاطى أفيون ؟
٢٥ – ايه رأيك فى الناس اللى عمرها ماخدت أفيون ؟
٢٦ – ليـه ؟
٢٧ – هل سبق أن أصيت باضطراب نفسى ؟
٢٨ – إمتى « يذكر التاريخ ومدة المرض » ؟
٢٩ – ازاى شفيت منه ؟
٣٠ – هل سبق ان اصبت باضطراب عقلى ؟
٣١ – امتى « يذكر التاريخ ومدة المرض » ؟
٣٢ – ازاى شفيت منه ؟

ملحق رقم (ب)

استفتاء ماسلو للطمأنينة الانفعالية

صورة باللغة العامية

إعداد : فاروق سيد عبد السلام

نعم لا

١ ــ هل بتحب تقعد مع الناس أحسن ما تحب تقعد لوحدك ؟
٢ ــ هل مستريح لعلاقتك بالناس ؟
٣ ــ هل بتشعر أن معندكش ثقة فى نفسك ؟
٤ ــ هل الناس بتمدح فيك كتير ؟
٥ ــ هل بتشعر دايما أنك متضايق من الدنيا ؟
٦ ــ هل انت حاسس ان الناس بتميل لك زى ما بيميلوا لغيرك ؟
٧ ــ هل بتتضايق لمدة طويلة لما حد يهينك ؟
٨ ــ هل بتستريح لما تقعد لوحدك ؟
٩ ــ هل أنت مش أنانى ؟
١٠ ــ هل لما تقابلك مواقف وحشة بتهرب منها ؟
١١ ــ هل بتحس بالوحدة دايما حتى وانت بين الناس ؟
١٢ ــ هل بتشعر أن حظك فى الدنيا كويس ؟
١٣ ــ هل بتتضايق لما أصحابك ينقدوك ؟
١٤ ــ هل بتيأس بسهولة ؟
١٥ ــ هل بتشعر عادة بالود نحو أغلب الناس ؟
١٦ ــ هل بتشعر كتير بأن الحياة ما تستحقش أن الواحد يعيشها ؟
١٧ ــ هل انت متفائل ؟

١٨ ــ هل بتعتبر نفسك عصبى ؟

١٩ ــ هل أنت شخص سعيد ؟

٢٠ ــ هل أنت واثق من نفسك بما فيه الكفاية ؟

٢١ ــ هل بتحس بالحرج ؟

٢٢ ــ هل أنت مش راضى عن نفسك ؟

٢٣ ــ هل بتشعر كل مدة والتانية انك متضايق ؟

٢٤ ــ لما بتقابل الناس لأول مرة ، هل بتشعر أنهم مش حيميلوا لك ؟

٢٥ ــ هل أنت مؤمن بنفسك ؟

٢٦ ــ هل بتشعر أن معظم الناس يمكن أن نثق فيهم ؟

٢٧ ــ هل بتشعر أن لك فائدة فى الحياة ؟

٢٨ ــ هل أنت دايما بتعامل الناس كويس ؟

٢٩ ــ هل بتفكر كتير فى مستقبلك ؟

٣٠ ــ هل بتشعر عادة أن صحتك كويسة ؟

٣١ ــ هل بتتكلم كويس مع الناس ؟

٣٢ ــ هل شاعر انك عبء على حد تانى ؟

٣٣ ــ هل بتلاقى صعوبة فى التعبير عن اللى فى نفسك ؟

٣٤ ــ هل بتفرح لما بيحصل خير لحد تانى ؟

٣٥ ــ هل بتشعر أن الناس بتهملك ؟

٣٦ ــ هل بتشك كتير فى الناس ؟

٣٧ ــ هل بتعتبر الدنيا مكان كويس علشان الانسان يعيش فيها ؟

٣٨ ــ هل مزاجك بينقلب بسهولة ؟

٣٩ ــ هل بتفكر فى نفسك كتير؟

٤٠ ــ هل بتشعر انك ماشى على مزاجك مش على مزاج حد تانى ؟

٤١ ــ لما الأمور بتسوء هل بتزعل على نفسك ؟

٤٢ ــ هل أنت ناجح فى عملك ؟

٤٣ — هل بتخلى الناس تشوفك على حقيقتك ؟
٤٤ — هل شاعر انك مش مستريح فى الدنيا ؟
٤٥ — هل بتسيب الأمور تمشى وأنت متأكد أن كل شىء حيبقى تمام زى ما أنت عاوز ؟
٤٦ — هل بتشعر أن الدنيا عبء ثقيل ؟
٤٧ — هل بيضايقك الشعور بالنقص ؟
٤٨ — هل بتشعر عامة أنك فى حالة كويسة ؟
٤٩ — هل بتحسن التعامل مع الجنس الآخر (النسوان) ؟
٥٠ — هل بتيجى لك فكرة أن الناس بتراقبك فى الشارع ؟
٥١ — هل أحاسيسك ومشاعرك بتنجرح بسهولة ؟
٥٢ — هل أنت مطمئن ومستقر فى الدنيا ؟
٥٣ — هل أنت قلقان على ذكائك ؟
٥٤ — لما الناس بتقعد معاك ، هل بيستريحوا لك ويطمنوا لك .
٥٥ — هل أنت خايف من المستقبل ؟
٥٦ — هل بتتصرف تصرفات طبيعية ؟
٥٧ — هل بتشعر أن حظك كويس ؟
٥٨ — هل وانت صغير كنت مبسوط فى تربيتك ؟
٥٩ — هل لك عدد كبير من الأصدقاء ؟
٦٠ — هل بتشعر انك مش مرتاح ؟
٦١ — هل بتخاف من المنافسة ؟
٦٢ — هل بيتك مبسوط وسعيد ؟
٦٣ — هل بتكون قلقان كتير بسبب نصايب ممكن تحصل ؟
٦٤ — هل بيتضايق الناس منك بدرجة كبيرة ؟
٦٥ — هل بتشعر بالرضا والقناعة ؟
٦٦ — هل مزاجك بينقلب من الفرح للحزن كتير ؟

٦٧ ــ هل بتشعر أنك محترم بين الناس ؟
٦٨ ــ هل بتقدر تشتغل مع الناس فى انسجام ؟
٦٩ ــ هل بتشعر انك مش قادر تسيطر على مشاعرك ؟
٧٠ ــ هل بتشعر أن الناس بتريق عليك ؟
٧١ ــ هل أعصابك هادية دايما ؟
٧٢ ــ هل الدنيا بتعاملك كويس ؟
٧٣ ــ هل بيضايقك من وقت لآخر ان اللى بيحصل حواليك مش حقيقى ؟
٧٤ ــ هل اتعرضت كتير للاحتقار ؟
٧٥ ــ هل الناس بيبصوا لك دايما على انك شاذ ؟

ملحق رقم (جـ)

اختبار الشخصية المتعدد الأوجه

صورة باللغة العامية

١ ــ تحب تقرا مجلات فى علم الميكانيكا .
٢ ــ شهيتك للأكل كويسة .
٣ ــ أغلب الأيام بتصحى من النوم وأنت منشرح ومستريح .
٤ ــ تحب شغلة أمين المكتبة .
٥ ــ الدوشة تصحيك من النوم على طول .
٦ ــ تحب تقرا اللى تكتبه الجرايد على الجرايم والحوادث .
٧ ــ بتبقى ايديك ورجليك دافيه بدرجة معقولة .
٨ ــ فى حياتك كل يوم حاجات كتير تبسطك وتخليك تهتم بيها .
٩ ــ تقريبا تقدر تشتغل دلوقتى زى ماكنت قبل كده .
١٠ ــ أوقات كتير بتحس ان فيه حاجة واقفة فى زورك .
١١ ــ تفتكر لازم الواحد يحاول انه يفهم احلامه ويستبشر بيها او يتشاءم منها.
١٢ ــ تنبسط لما تقرا روايات بوليسية أو غامضة .
١٣ ــ لما بتشتغل بتكون متوتر ، يعنى أعصابك مشدودة قوى .
١٤ ــ بيجيلك اسهال مرة أو اكتر فى الشهر .
١٥ ــ بتفكر فى بعض الأوقات فى حاجات قبيحة قوى لدرجة انه ما يصحش تتكلم عنها .
١٦ ــ بجد انت مظلوم فى الدنيا .

---

(١) استعان الباحث فى اعداد هذه الصورة بالنسخه العامية التى أعدها الدكتور سامى هنا والنسخه العربية التى أعدها لويس كامل وآخرون .

١٧ ــ كان والدك راجل طيب وكويس .
١٨ ــ قليل قوى لما يجيلك امساك .
١٩ ــ لما تروح شغلة جديدة ، تحب تتعرف على ريس الشغل وتصاحبه .
٢٠ ــ انت راضى عن حياتك الجنسية دلوقتى .
٢١ ــ فيه أوقات تزهق وتبقى مصمم انك تسيب البيت .
٢٢ ــ بتجيلك أوقات تفضل تضحك أو تبكى من غير ما تقدر تتحكم فى نفسك .
٢٣ ــ ساعات تبقى قرفان وعايز تتقايا .
٢٤ ــ تفتكر ما حدش قادر يفهمك .
٢٥ ــ تحب تبقى مغنى .
٢٦ ــ لما تكون واقع فى مشكلة تفتكر أحسن إنك ما تتكلمش .
٢٧ ــ بتبقى شرانى فى بعض الأوقات .
٢٨ ــ لما حد يغلط فى حقك ، تفتكر لازم ترد عليه إذا قدرت زى ما غلط معاك .
٢٩ ــ بتجيلك حموضة فى معدتك وتضايقك مرات كتيرة كل أسبوع .
٣٠ ــ ساعات بتحس انك عاوز تشتم .
٣١ ــ بيجيلك كابوس كل كام ليلة كده .
٣٢ ــ صعب عليك انك تركز عقلك فى اللى أنت بتعمله .
٣٣ ــ مرت عليك حاجات وحوادث غريبة وعجيبة قوى .
٣٤ ــ بتكح فى أغلب الأوقات .
٣٥ ــ لو ماكانوش الناس معادينك ، كنت تبقى أحسن كتير من دلوقتى .
٣٦ ــ قليل قوى لما تنشغل على صحتك .
٣٧ ــ وقعت فى مشكلة بسبب الناحية الجنسية .
٣٨ ــ سرقت بعض حاجات تافهة لما كنت صغير .
٣٩ ــ أوقات بتحس انك عاوز تكسر الحاجات .

٤٠ ــ بتفضل انك تسرح وتتخيل بدل ما تلهى نفسك بحاجة .
٤١ ــ مرت بيك مدة (أيام ، أسابيع ، أشهر) ما بقيتش تهتم باللى حواليك عشان مش قادر تعمل حاجة .
٤٢ ــ أسرتك كانت بتعارض على العمل اللى اخترته أو المهنة اللى انت حتختارها .
٤٣ ــ أنت نومك متقلب ومتقطع .
٤٤ ــ أغلب الأوقات بتحس بآلام فى كل راسك .
٤٥ ــ بتقول الصدق دايما .
٤٦ ــ رأيك وتفكيرك دلوقتى أحسن من أى وقت قبل كده .
٤٧ ــ بتحس مرة أو أكتر فى الأسبوع بسخونة فى كل جسمك من غير ما تعرف السبب .
٤٨ ــ لما تكون مع الناس تتضايق لما تسمع كلام غريب خالص .
٤٩ ــ يكون أحسن لو تتلغى أكثر القوانين .
٥٠ ــ بتحس ساعات أنك زهقان وكأن روحك حتطلع .
٥١ ــ صحتك كويسة زى أكتر أصحابك .
٥٢ ــ أحسن انك ما تسألش عن اصحابك اللى ما شفتهومش من مدة طويلة إلا إذا كلموك هم الأول .
٥٣ ــ تفتكر رجل الدين يقدر يشفى الأمراض لما يصلى ويحط ايده على راس العيان .
٥٤ ــ اكتر الناس اللى يعرفوك بيحبوك .
٥٥ ــ بيجيلك أى ألم فى قلبك أو صدرك .
٥٦ ــ لما كنت صغير فصلوك من المدرسة عشان كنت بتتخانق كتير .
٥٧ ــ سهل انك تختلط بالناس وتصاحبهم .
٥٨ ــ بتحصل كل حاجة زي ما قال الأنبياء .
٥٩ ــ بتضطر انك تاخد أوامر من اللى يعرف أقل منك .

٦٠ ــ بتقرا العناوين الرئيسية فى الجرنان كل يوم .
٦١ ــ عشت الحياة اللى كان لازم تعيشها .
٦٢ ــ بتحس كتير أن فيه ألم أو تنميل فى جسمك أو أنك عاوز تنام .
٦٣ ــ سهل انك تتحكم فى عملية البول والبراز .
٦٤ ــ ساعات تفضل متمسك بحاجة حتى لو زهق منك الناس اللى حواليك .
٦٥ ــ كنت بتحب والدك .
٦٦ ــ بتشوف حواليك خيالات وتهيؤات حاجات أو حيوانات أو ناس ما بيشوفهومش غيرك .
٦٧ ــ تتمنى لو كنت سعيد وفرحان زى ما هو باين على الناس التانيين .
٦٨ ــ شعرت فى مرة بألم ورا رقبتك .
٦٩ ــ تحب دايما تكون مع ناس من جنسك . يعنى مع رجالة زيك .
٧٠ ــ بتحب انك تجذب النساء وتلفت نظرهم إليك .
٧١ ــ تعتقد أن كتير من الناس بيبالغوا ويشتكوا أن حظهم وحش خالص علشان يخلوا غيرهم يعطف عليهم ويساعدهم .
٧٢ ــ بتجيلك آلام فى المعدة دايما أو كل كام يوم .
٧٣ ــ تفتكر انك شخص مهم .
٧٤ ــ كتير اتمنيت تكون بنت .
٧٥ ــ بتزعل ساعات .
٧٦ ــ اكتر الأوقات بتحس أنك مقبوض ومغموم .
٧٧ ــ بتنبسط لما تقرا قصص حب (غرامية) .
٧٨ ــ بتحب الشعر (المواويل) .
٧٩ ــ الناس تقدر تجرح شعورك بسهولة .
٨٠ ــ أوقات تعاكس الحيوانات .
٨١ ــ تفتكر أنك تميل للشغل الشاق .
٨٢ ــ تنهزم فى المناقشة بسهولة .

٨٣ – تفتكر فيه فرصة للنجاح قدام كل واحد بيشتغل وبيحب الشغل .
٨٤ – الأيام دى من الصعب أنك تترقى أو تتحسن أحوالك .
٨٥ – بتعجبك بعض حاجات الناس التانيين وتبقى عاوز تاخدها حتى لو ما كانتش مفيدة لك .
٨٧ – تحب تهتم بالورد والأزهار .
٨٨ – عموما كده بتحس أن للحياة قيمة .
٨٩ – لما بتبين للناس الحقيقة تاخد وتدى معاهم .
٩٠ – ساعات بتسيب لتانى يوم الحاجات اللى أنت لازم تعملها النهاردة .
٩١ – تتضايق لما حد يتريق عليك .
٩٢ – تحب مهنة التمريض .
٩٣ – تفتكر أغلب الناس يحبوا الكذب عشان يفوزوا على غيرهم .
٩٤ – بتعمل حاجات كتير بتندم عليها اكتر من الناس التانية .
٩٥ – بتروح الجامع (الكنيسة) باستمرار .
٩٦ – قليل قوى لما تتخانق مع قرايبك .
٩٧ – فيه ساعات بتبقى مدفوع انك تعمل حاجة تأذى الناس أو تصدمهم .
٩٨ – تفتكر المهدى المنتظر (المسيح) حييجى .
٩٩ – تحب تروح حفلات واجتماعات فيها ضحك وزيطة كتير .
١٠٠ – قابلتك مشاكل صعبة ما كنتش عارف تعمل فيها إيه (حيرتك فى حلها)
١٠١ – تفتكر لازم يكون للمرأة حرية جنسية زى الراجل (يعنى تعمل اللى هى عاوزاه) .
١٠٢ – أصعب حاجة عندك هى صراعك مع نفسك .
١٠٣ – نادر أن عضلاتك بتتقلص .
١٠٤ – يظهر أنك ما بتهتمش باللى يحصل لك .
١٠٥ – بتزعل لما تكون صحتك مش ولابد ساعات .
١٠٦ – بتحس كتير زى ما تكون عملت حاجة غلط أو شر .

١٠٧ ـ أنت سعيد ومبسوط فى أغلب الأوقات .

١٠٨ ـ أكتر الأوقات تحس أن راسك حتنفجر .

١٠٩ ـ بعض الناس يحبوا السيطرة لدرجة أنك عاوز تخالفهم ولو كانوا على حق .

١١٠ ـ فيه حد شايل فى نفسه حاجة منك .

١١١ ـ عملت مرة عمل جرىء وخطر لمجرد الإثارة .

١١٢ ـ بتلاقى دايما أنك لازم تدافع عن الحاجات اللى تفتكر أنها حقيقة .

١١٣ ـ تفتكر أحسن القوانين تتفرض على الناس بالعافية .

١١٤ ـ بتحس فى أغلب الأوقات أن فيه ضغط حوالين راسك .

١١٥ ـ تفتكر فيه آخرة .

١١٦ ـ تتمتع أكتر بالمسابقات والألعاب لما تتراهن عليها .

١١٧ ـ تفتكر أغلب الناس يبقى عندها أمانة بس علشان خايفين ينكشفوا .

١١٨ ـ ساعات كانوا بيحولوك على الناظر عشان بتتخانق فى المدرسة .

١١٩ ـ صوتك اتغير عن الأول .

١٢٠ ـ يهمك آداب وطريقة الأكل فى بيتك زى ما بتعمل وانت بره البيت .

١٢١ ـ تفتكر فيه حد عاوز يعمل مؤامرة ضدك .

١٢٢ ـ تفتكر أنت زى الناس اللى حواليك فى النباهة والمقدرة .

١٢٣ ـ تظن فيه حد بيمشى وراك دايما .

١٢٤ ـ أغلب الناس يعملوا طرق ملتوية (مش شريفة) عشان يكسبوا أو ينتفعوا بدل ما يضيعوا الفرصة عليهم .

١٢٥ ـ معدتك بتتعب كتير .

١٢٦ ـ بتحب الروايات الدرامية ـ يعنى العاطفية العنيفة .

١٢٧ ـ تعرف مين السبب عن أكتر متاعبك .

١٢٨ ـ لما تشوف دم بتخاف .

١٢٩ ـ أغلب الأوقات بتفهم سبب زعلك وضيقك .

١٣٠ — حصل أنك استفرغت أو كحيت دم .
١٣١ — بيشغلك إنك تعيا .
١٣٢ — تحب تجمع الزهور وتزرع النباتات فى البيت .
١٣٣ — حصل أنك أتعودت على عادة جنسية شاذة .
١٣٤ — بتيجى فى عقلك أفكار كتير ورا بعضها ما تقدرش تعبر عنها .
١٣٥ — جايز تخش السينما من غير ما تدفع تمن التذكرة لو ما كانش حد شايفك (يعنى تزوغ) .
١٣٦ — دايما تسأل نفسك عن الأسباب اللى تخلى الناس يساعدوك .
١٣٧ — تفتكر معيشتك فى البيت سعيدة زى معظم الناس اللى تعرفهم .
١٣٨ — تتحرج قوى لما حد يلومك أو يوبخك .
١٣٩ — بتحس أوقات أنك عاوز تؤذى نفسك أو غيرك من الناس .
١٤٠ — تحب تطبخ .
١٤١ — بيتأثر سلوكك وتصرفاتك بعادات الناس اللى حواليك .
١٤٢ — بيجيلك إحساس جامد قوى إنك ماليكش فايدة .
١٤٣ — وانت صغير كنت فى مجموعة اتفقتوا على إنكم تبقوا مع بعض فى الخير والشر .
١٤٤ — تحب تكون فى الجيش .
١٤٥ — بتحس أوقات أنك عاوز تتخانق مع أى حد .
١٤٦ — أوقات بتحس أنك عاوز تمشى وما تنبسطش إلا إذا خرجت واتمشيت أو سافرت .
١٤٧ — راحت منك فرص كتير عشان ما قدرتش تاخد قرار سريع .
١٤٨ — تتضايق قوى إذا حد طلب منك نصيحة أو قاطعك وانت بتعمل شغلانة مهمة .
١٤٩ — اتعودت تكتب مذكرات كل يوم .
١٥٠ — أحسن انك تكسب بدل ما تخسر فى الألعاب .

١٥١ ـ تفتكر فيه حد عاوز يسمك .

١٥٢ ـ تنام ليالى كتير من غير ما يجيلك فكر تتضايق منه .

١٥٣ ـ كانت صحتك كويسة ـ على العموم ـ فى الكام سنة اللى فاتوا .

١٥٤ ـ جالك قبل كده أى نوبة أو تشنج .

١٥٥ ـ يعنى وزنك ثابت تقريبا .

١٥٦ ـ ساعات كنت بتعمل أعمال وبعد كده ما تعرفش كنت بتعمل إيه .

١٥٧ ـ بتحس كتير أن جالك عقاب من غير سبب .

١٥٨ ـ سهل أنك تعيط على طول ـ دمعتك قريبه .

١٥٩ ـ بتفهم دلوقتى اللى بينقال لك .

١٦٠ ـ حسيت انك فى يوم أحسن من النهاردة .

١٦١ ـ ساعات بتحس أن راسك من فوق طرية .

١٦٢ ـ تقبل أن حد يستغفلك .

١٦٣ ـ بتتعب بسرعة .

١٦٤ ـ بتحب تدرس وتقرأ عن الحاجات اللى تخص شغلك .

١٦٥ ـ تحب تتعرف على الناس الكبار المهمين علشان ده بيخليك تشعر أنك مهم .

١٦٦ ـ تخاف لما تطلع مكان عالى وتبص منه لتحت .

١٦٧ ـ يهمك لو حد من عيلتك وقع فى مشكلة علشان خالف القانون .

١٦٨ ـ بتشعر أن عقلك مختل .

١٦٩ ـ أنت بتخاف تتعامل بالفلوس لتغلط .

١٧٠ ـ يضايقك رأى الناس فيك .

١٧١ ـ يضايقك أنك تعمل حركات مضحكة فى حفلة ـ حتى لو كان الناس التانيين بيعملوا كده برضه .

١٧٢ ـ بتضطر دايما انك بتعمل مجهود كبير علشان تدارى خجلك أو كسوفك .

١٧٣ ــ كنت بتحب المدرسة .

١٧٤ ــ حصل أن أغمى عليك قبل كده .

١٧٥ ــ نادر قوى أن جت لك دوخة .

١٧٦ ــ بتخاف من التعابين .

١٧٧ ــ والدتك ست طيبة وكويسه .

١٧٨ ــ تفتكر كل حاجة .

١٧٩ ــ تشغلك النواحي الجنسية .

١٨٠ ــ صعب عليك انك تكلم الناس اللى أنت لسه عارفهم .

١٨١ ــ بتحس أنك عايز تعمل حاجة مثيرة لما تكون متضايق أو عندك ملل .

١٨٢ ــ بتخاف لحسن تفقد رشدك .

١٨٣ ــ تحب تدى فلوس للشحاتين .

١٨٤ ــ بيحصل دايما انك تسمع أصوات من غير ما تعرف جايه منين .

١٨٥ ــ بتسمع كويس زى أكتر الناس .

١٨٦ ــ بتلاقى ايدك ترتعش لما تحاول تعمل حاجة .

١٨٧ ــ حصل أن ايدك فقدت اتزانها أو قلت مهارتها .

١٨٨ ــ تقدر تقرا مدة طويلة من غير ما تتعب عينك .

١٨٩ ــ كتير بتحس أن كل جسمك ضعيف .

١٩٠ ــ قليل قوى لما يجيلك صداع .

١٩١ ــ ساعات لما تتحرج تعرق كتير وتتضايق قوى من كده .

١٩٢ ــ سهل أنك تمشى موزون .

١٩٣ ــ بتشكى من نوبات الربو أو الزكام .

١٩٤ ــ بتجيلك أدوار ما تقدرش تسيطر على حركاتك أو كلامك مع أنك تعرف اللى بيحصل حواليك .

١٩٥ ــ كل اللى تعرفه بتحبه .

١٩٦ ــ تحب تروح الحتت اللى ما شفتهاش قبل كده .

١٩٧ ــ فيه حد عاوز ينهبك أو يسرقك .
١٩٨ ــ قليل لما تقعد تسرح وتتخيل بالنهار .
١٩٩ ــ تفتكر لازم الأطفال يعرفوا كل حاجة عن النواحى الجنسية .
٢٠٠ ــ فيه حد عاوز يسرق أفكارك .
٢٠١ ــ تتمنى لو ماكنتش بتخجل (تتكسف) قوى .
٢٠٢ ــ تفتكر إنك واحد منحوس .
٢٠٣ ــ إذا كنت صحفى تحب تجمع أخبار اجتماعية عامة .
٢٠٤ ــ تحب تكون صحفى .
٢٠٥ ــ ساعات ماكنتش تقدر تمنع نفسك من أخد حاجة مش بتاعتك .
٢٠٦ ــ أنت متدين قوى أكتر من أغلب الناس .
٢٠٧ ــ بتلاقى متعة فى أنواع كتيرة من اللعب والتسلية .
٢٠٨ ــ تحب تعاكس البنات والستات (الأولاد والرجال) .
٢٠٩ ــ تفتكر أن ذنوبك حتغتفر .
٢١٠ ــ كل الحاجات قدامك زى بعضها ــ الأمور تتساوى قدامك .
٢١١ ــ تقدر تنام بالنهار إنما ما تقدرش تنام بالليل .
٢١٢ ــ أهلك بيعاملوك زى ما تكون صغير .
٢١٣ ــ أما تكون ماشى بتاخد بالك من الشقوق والفتحات اللى فى الرصيف أحسن تقع .
٢١٤ ــ جالك طفح على جلدك خلاك مشغول .
٢١٥ ــ شربت خمرة كتير .
٢١٦ ــ الود والمحبة بين أفراد عيلتك قليل قوى عن العيلات التانية .
٢١٧ ــ كتير تلاقى نفسك مشغول على حاجة من الحاجات .
٢١٨ ــ بتتضايق لما تلاقى حيوانات تتعذب .
٢١٩ ــ تعجبك أعمال التجارة الحرة .
٢٢٠ ــ بتحب والدتك .

٢٢١ ـ بتحب العلوم (كيميا وطبيعة) .

٢٢٢ ـ سهل أنك تطلب مساعدة أصحابك حتى ولو كنت مش حتقدر ترد لهم الجميل .

٢٢٣ ـ تحب الصيد كتير قوي .

٢٢٤ ـ كتير والدك ووالدتك (كانوا) يعترضوا على الناس اللى بتمشى معاهم .

٢٢٥ ـ ساعات تحب تدردش مع الناس .

٢٢٦ ـ فيه عند بعض أفراد عيلتك عادات بتضايقك قوى .

٢٢٧ ـ قالوا لك أنك بتمشى وأنت نايم .

٢٢٨ ـ أوقات تقدر تفكر وتنفذ اللى أنت بتفكر فيه دوغرى .

٢٢٩ ـ تحب تشترك فى نوادى وجمعيات كتيرة .

٢٣٠ ـ شعرت مرة أن قلبك بيدق بسرعة أو أصبت بضيق فى التنفس .

٢٣١ ـ بتحب أنك تتكلم عن النواحى الجنسية .

٢٣٢ ـ عندك شعور أنك لازم تعمل الواجب والأصول .

٢٣٣ ـ أوقات اعترضت بعض الناس ومنعتهم من عمل حاجة ـ مش عشان أنها مهمة إنما عشان الأصول لازم تمشى .

٢٣٤ ـ بتغضب من أقل حاجة وترجع على طول لحالتك الطبيعية .

٢٣٥ ـ أنت كونت نفسك لوحدك من غير سيطرة عيلتك .

٢٣٦ ـ بتفكر كتير قوى .

٢٣٧ ـ كل قرايبك تقريبا بيعطفوا عليك ويودوك .

٢٣٨ ـ بتيجى عليك أوقات تبقى قلقان قوى لدرجة أنك ما تقدرش تقعد فى مكان واحد .

٢٣٩ ـ فشلت فى الحب .

٢٤٠ ـ بتهتم بمظهرك .

٢٤١ ـ كتير بتحلم أحلام ما بتقولش عليها لحد .

٢٤٢ ـ أنت عصبى أكتر من معظم الناس .

٢٤٣ ـ نادر جدا أنك اشتكيت من آلام .

٢٤٤ ـ يمكن الناس ما بيفهموش كويس طريقة تصرفك .

٢٤٥ ـ والدك ووالدتك وعيلتك بيقولوا ان عندك عيوب كتيرة ودى حاجة همه مزودينها قوى .

٢٤٦ ـ فيه حبوب حمرا بتطلع فى رقبتك أوقات كتير .

٢٤٧ ـ فيه أسباب تخليك تحس بالغيرة من حد فى عيلتك .

٢٤٨ ـ أوقات بتحس أنك سعيد ومنشرح قوى من غير سبب ـ حتى ولو ماكانتش الظروف مناسبة .

٢٤٩ ـ تعتقد فى وجود شياطين ووجود جهنم فى الآخرة .

٢٥٠ ـ بتلوم أى واحد عاوز ياخد أى حاجة تقع تحت ايده .

٢٥١ ـ بتجيلك ادوار يغمى عليك ، وما تقدرش تعمل حاجة ولا تحس باللى حواليك .

٢٥٢ ـ تفتكر الناس ما بيهتموش قوى باللى بيحصل لغيرهم .

٢٥٣ ـ بتفضل صلتك مستمرة مع الناس اللى بيعملوا حاجات غلط .

٢٥٤ ـ تحب تكون فى وسط مجموعة ناس ينكتوا مع بعض .

٢٥٥ ـ أوقات تدى صوتك فى الانتخابات لناس ما تعرفش عنهم إلا حاجة بسيطة .

٢٥٦ ـ الحاجة اللى بتهمك فى الجرايد والمجلات هى النكت والفكاهات بس .

٢٥٧ ـ تنتظر انك تنجح دايما فى الحاجات اللى بتعملها .

٢٥٨ ـ تعتقد فى وجود الله .

٢٥٩ ـ صعب عليك أنك تبتدى أى شغلانه .

٢٦٠ ـ كنت متأخر فى دراستك .

٢٦١ ـ لو كنت فنان تحب ترسم الأزهار .

٢٦٢ ـ يضايقك أن شكلك مش أحسن من كده .

٢٦٣ ـ تعرق قوام حتى لو كانت الدنيا برد .

٢٦٤ ـ أنت واثق قوى من نفسك .
٢٦٥ ـ أحسن أن الإنسان ما يثقش فى حد .
٢٦٦ ـ بتغضب أو تترفز مرة أو أكتر فى الأسبوع .
٢٦٧ ـ صعب عليك أنك تفكر فى موضوعات مناسبة تتكلم عنها قدام الناس.
٢٦٨ ـ أوقات كتير لما تكون مقبوض ومغموم تلاقى حاجة مثيرة تفرج عنك على طول .
٢٦٩ ـ تقدر تخوف الناس بسهولة منك ، وتعمل كده للتسلية .
٢٧٠ ـ لما تخرج من البيت تبقى مشغول أو بتشك أنك سبت البيبان والشبابيك مفتوحة .
٢٧١ ـ بتلوم أى واحد يستغل إنسان بيعرض نفسه للاستغلال .
٢٧٢ ـ تحس أوقات أنك مفرفش ومليان نشاط .
٢٧٣ ـ بييجى لك تخدير أو تنميل فى جلد جسمك .
٢٧٤ ـ بتشوف دلوقتى كويس زى ماكنت بتشوف من كام سنة .
٢٧٥ ـ بتحس أن فيه حد بيسيطر على عقلك .
٢٧٦ ـ بتلاقى نفسك مبسوط مع الأطفال .
٢٧٧ ـ ساعات بتعجبك شطارة نصاب لدرجة أنك تتمنى أنه ينجح فى النصب .
٢٧٨ ـ بتحس كتير أن الناس الغرب بينقدوك .
٢٧٩ ـ بتشرب كل يوم كمية كبيرة قوى من الميه .
٢٨٠ ـ أغلب الناس بيصاحبوا عشان يستفيدوا من أصحابهم .
٢٨١ ـ بتشعر دايما أن فيه زن مستمر أو وش فى ودنك .
٢٨٢ ـ بتحس فى بعض الأوقات أنك بتكره ناس من عيلتك مع إنك بتحبهم دايما .
٢٨٣ ـ لو كنت صحفى تحب تجيب أخبار الرياضة .
٢٨٤ ـ متأكد أن الناس بيتكلموا عنك ويجيبوا فى سيرتك .
٢٨٥ ـ ساعات تضحك على النكت الخارجة (اللى ماهياش لايقه) .

٢٨٦ — بتبقى مبسوط قوى لما تكون لوحدك .

٢٨٧ — مشاغلك أقل بكتير من اللى عند أصحابك .

٢٨٨ — بتجيلك أوقات تستفرغ أو يغمى عليك .

٢٨٩ — تتضايق قوى من القانون لما تلاقى مجرم يطلع براءة عشان المحامى بتاعه كان شاطر قوى .

٢٩٠ — لما بتشتغل بتكون متوتر — يعنى أعصابك مشدودة قوى .

٢٩١ — حسيت ساعات كده أن فيه حد بيخليك تعمل حاجات من غير ما تدرى .

٢٩٢ — ما تحبش تبدأ الناس بالكلام إلا إذا همه كلموك الأول .

٢٩٣ — بتحس أن فيه حد عاوز يأثر على عقلك .

٢٩٤ — حصل مرة أنك وقعت تحت القانون .

٢٩٥ — بتحب القصص الخيالية .

٢٩٦ — ساعات تبقى مبسوط وفرحان من غير ما تعرف السبب .

٢٩٧ — تتمنى لو ماتضايقكشى الأفكار الجنسية .

٢٩٨ — لو لقيت مجموعة من الناس وقعوا فى مشكلة — تفتكر أحسن أنهم يتفقوا على حكاية واحدة يحكوها كلهم ويتمسكوا بيها .

٢٩٩ — تفتكر شعورك أرق من أغلب الناس .

٣٠٠ — حبيت فى أى وقت من حياتك أنك تلعب بالعرايس .

٣٠١ — الحياة صعبة قدامك فى أكثر الأوقات .

٣٠٢ — وقعت مرة فى مأزق بسبب الناحية الجنسية .

٣٠٣ — أنت حساس قوى بالنسبة لبعض الموضوعات لدرجة أنك ما تقدرش تتكلم عنها .

٣٠٤ — وأنت صغير فى المدرسة كنت بتجد صعوبة أنك تتكلم قدام الفصل .

٣٠٥ — بتحس فى أغلب الأوقات بالوحدة — حتى لو كنت قاعد فى وسط ناس تانيين .

٣٠٦ – بتلاقى كل العطف والاهتمام اللى تستحقه .
٣٠٧ – ترفض تشترك فى شغلانه ما تقدرش تعملها .
٣٠٨ – ساعات تزهق وتحب تسيب البيت .
٣٠٩ – بتقدر تتصاحب على غيرك بسرعة زى الناس التانيين .
٣١٠ – أنت راضى عن حياتك الجنسية .
٣١١ – سرقت حاجات بسيطة تافهة لما كنت صغير .
٣١٢ – تكره أنك تلاقى الناس حواليك .
٣١٣ – تفتكر اللى يسيب حاجات غالية معرضة للسرقة يتلام زى اللى يسرقها .
٣١٤ – بتفكر أوقات فى حاجات قبيحة ما تقدرش تتكلم عنها .
٣١٥ – متأكد إنك مظلوم فى الدنيا .
٣١٦ – تفتكر أى واحد تقريبا لازم يكذب عشان ما يقعش فى مشاكل .
٣١٧ – أنت حساس شوية أكتر من أغلب الناس .
٣١٨ – فى حياتك كل يوم حاجات تبسطك وتخليك تهتم بيها .
٣١٩ – أغلب الناس يكرهوا فى قلبهم يساعدوا غيرهم .
٣٢٠ – كتير من أحلامك فيها نواحى جنسية .
٣٢١ – تتلخم قوام (يعنى من السهل أنك تتحرج) .
٣٢٢ – الفلوس والشغل قلقينك .
٣٢٣ – شفت حاجات وحوادث غريبة وعجيبة قوى .
٣٢٤ – وقعت فى حب حد قبل كده .
٣٢٥ – فيه حاجات عملها حد من قرايبك فزعتك .
٣٢٦ – أوقات تقدر تضحك أو تبكى من غير ما تقدر تتحكم فى نفسك .
٣٢٧ – والدك أو والدتك كانوا بيرغموك على الطاعة حتى ولو كان الأمر مش معقول .
٣٢٨ – صعب عليك تركز عقلك فى عمل أو شغله .
٣٢٩ – أنت تقريبا ما بتحلمشى .

٣٣٠ ــ حصل أنك أصبت بالشلل أو بضعف جامد فى عضلاتك .
٣٣١ ــ لو ماكانوش الناس بيكرهوا تصرفاتك كنت تبقى أحسن كتير من دلوقتى .
٣٣٢ ــ ساعات بينحاش صوتك أو يتغير حتى لو ماكانش عندك برد .
٣٣٣ ــ الظاهر مافيش حد قادر يفهمك .
٣٣٤ ــ بتشم أوقات روايح غريبة قوى .
٣٣٥ ــ تقدر تركز عقلك فى موضوع واحد .
٣٣٦ ــ تتضايق وتزهق قوام من الناس .
٣٣٧ ــ أوقات كتير تبقى قلقان على حاجة أو على حد تعرفه .
٣٣٨ ــ انت شايل هموم وقلق أكتر من طاقتك .
٣٣٩ ــ بتتمنى فى معظم الاحيان أنك تموت .
٣٤٠ ــ بتبقى متنرفز فى بعض الأوقات لدرجة أنك ماتقدرش تنام .
٢٤١ ــ أوقات يبقى سمعك خفيف قوى لدرجة أنك تبقى متضايق (تسمع دبة النملة) .
٣٤٢ ــ تنسى اللى يتقال لك على طول .
٣٤٣ ــ كتير تتوقف وتفكر قبل ماتعمل أى حاجة حتى الحاجات البسيطة التافهة .
٣٤٤ ــ كتير تعدى الشارع عشان ماتقابلش حد شفته من بعيد .
٣٤٥ ــ تحس كتير أن الحاجات اللى فى الدنيا ماهياش حقيقية .
٣٤٦ ــ أنت متعود تعد حاجات مش مهمة زى لمبات الكهرباء اللى على اليفط مثلا .
٣٤٧ ــ لك أعداء عاوزين يضروك .
٣٤٨ ــ بتحرص من الناس اللى يبانوا أصحابك قوى أكتر من اللازم .
٣٤٩ ــ عندك أفكار غريبة وشاذة .
٣٥٠ ــ بتسمع أصوات غريبة لما تكون لوحدك .

٣٥١ – بتقلق وتضايق لما تضطر تروح سفرية صغيرة بعيد عن البيت .
٣٥٢ – بتخاف من حاجات أو ناس أنت عارف أن همه مش حيضروك .
٣٥٣ – بتحس بخوف لما تدخل لوحدك أوده فيها ناس بيتكلموا .
٣٥٤ – تخاف تستعمل سكينة أو مطوه أو حاجة زى كده .
٣٥٥ – أوقات تبقى مبسوط لما تأذى الناس اللى أنت بتحبهم .
٣٥٦ – صعب عليك قوى أنك تركز عقلك زى الناس التانيين .
٣٥٧ – كتير مارضيتش تعمل حاجة عشان اتهيأ لك إنك مش قدها .
٣٥٨ – بتيجى فى فكرك أوقات كلمات قبيحة أو فظيعة مابتقدرش تتخلص منها .
٣٥٩ – بتيجى فى عقلك أوقات فكرة تافهة وتفضل تضايقك كام يوم كده .
٣٦٠ – بيحصل كل يوم تقريبا حاجات بتخوفك .
٣٦١ – بتميل أنك تبقى جد فى كل حاجة .
٣٦٢ – أنت حساس قوى وبتاخد على خاطرك أكتر من أغلب الناس .
٣٦٣ – اوقات تبقى مبسوط لما يأذيك بعض اللى يحبوك .
٣٦٤ – بيقول الناس عنك كلام مهين ووضيع (مش كويس) .
٣٦٥ – بتشعر بارتياح وأنت فى البيت .
٣٦٦ – بتحس أكتر الأوقات أنك لوحدك حتى ولو كنت مع ناس تانيين .
٣٧١ – أنت حساس أكتر من المعتاد .
٣٧٤ – أوقات عقلك بيفكر ببطء .
٣٧٥ – لو لقيت شخص حزين أو تعيس شكله بيعكننك .
٣٧٧ – تحب تكون لوحدك فى الحفلات أو مع واحد بس بدل ماتبقى مع مجموعة كبيرة من الناس .
٣٨٣ – غالبا الناس مابيعملوش زى ما أنت عاوز – يعنى اكتر الناس بيخيبوا ظنك فيهم .
٣٩١ – تحب تروح حفلات جماعية عامة .

٣٩٧ — مرت بيك أوقات حسيت فيها أن المشكلات والهموم كترت قوى لدرجة أنك ماقدرتش تحلها .

٣٩٨ — كتير قلت لنفسك : ياريتنى رجعت طفل صغير تانى .

٤٠٠ — لو أدوك الفرصة تقدر تعمل أعمال مفيدة قوى للعالم .

٤٠٦ — شفت ناس مفروض أنهم كبار فى المركز وماكانوش يعرفوا أحسن منك .

٤١١ — لما تسمع أن واحد تعرفه نجح تعتبر نجاحه فشل ليك .

٤١٥ — لو خدت الفرصة تبقى زعيم نافع للناس .

٤٢٧ — تنكسف لما تسمع حكايات قبيحة .

٤٣٦ — تفتكر الناس دايما يحبوا أن حقهم يحترم وهمه مايحترموش حد غيرهم .

٤٤٠ — بتحاول تفتكر القصص المسلية عشان تحكيها للناس التانيين .

٤٤٦ — تحب تراهن بمبالغ قليلة (قروش مثلا) .

٤٤٩ — تعجبك الاجتماعات بس عشان تبقى مع الناس .

٤٥٠ — تنبسط مع هياج الناس والثورة بتاعتهم .

٤٥١ — يبعد عنك القلق لما تكون قاعد فى وسط أصحاب مرحين .

٤٥٥ — تحب تتكلم وترغى مع اصحابك عن الناس التانيين .

٤٦١ — لما تكون بتشتغل صعب عليك أنك تسيب الشغل اللى فى ايدك ولو لوقت بسيط خالص .

٤٦٢ — بتلاقى صعوبة لما تيجى تتسير أو تتحكم فى نفسك .

٤٦٩ — الناس كتير يغيروا من أفكارك الكويسة عشان ماعرفوهاش قبلك .

٤٧٣ — على قد ما تقدر تحب تبعد دايما عن الناس .

٤٧٩ — بتتضرر أو تتضايق لما تقابل ناس غرب .

٤٨١ — تفتكر كنت بتعمل نفسك عيان عشان تفلت من حاجة (مشكلة مثلا) .

٤٨٢ — تتكلم مع الناس الغرب دايما لما تكون فى الاتوبيس أو القطر .

٤٨٧ — تحس أنك مسلم أمرك وتبقى ساكت لما تكون الظروف مش ولابد .

٥٠٢ ــ تحب تعرف الناس رأيك فى كل حاجة .
٥٠٥ ــ أوقات تحس إنك نشيط قوى أكتر من المعتاد لدرجة أنك ماتبقاش عاوز تنام كام ليلة .
٥٢١ ــ بتتحرج لما تكون فى مجتمع ويطلبوا منك أنك تبدأ مناقشة أو تقول رأيك فى حاجة أنت عارفها كويس .
٥٤٧ ــ تحب الحفلات والاجتماعات .
٥٤٩ ــ تتضايق وتبقى مقبوض لما تقابل أزمة أو مشكلة .
٥٦٤ ــ ممكن تسيب اللى أنت عاوز تعمله إذا قال لك الناس التانيين أنه مش مهم يتعمل .

ملحق رقم (د)

استمارة تسجيل جلسة مناقشة جماعية

رقم الجلسة :
تاريخ الجلسة :
وقت بداية الجلسة :
وقت انتهاء الجلسة :
اسم القائم بالجلسة :
عدد المشتركين :

(١) أهم المناقشات التى دارت فى الجلسة : ....
(٢) أسلوب التفاعل بين أفراد الجماعة : ....
(٣) أهم النتائج التى انتهت إليها الجلسة : ....
(٤) تقويم الجلسة : ....

ملحق رقم (٨)

نموذج من استجابات إحدى الحالات على اختبار تفهم الموضوع
(التطبيق الأول عند الدخول)

الصورة رقم (١) :

عيل بيذاكر فى كتاب ومن كتّر المذاكرة بينعس فعينه اليمين بدأت تميل إلى النعاس وأنا شايف أنه مش فاهم حاجة من المذاكرة وعقله سارح فى النوم ... بيتمنى النوم ... يعنى قعدته ملهاش لازمة فن مه أحسن ... السبب أنه مش عايز ينام هو خوفه من أبوه لأنه ضربه امبارح علشان نام بدرى .. إنما نام ولا صحى هو مش نافع .

الصورة رقم (٢) :

البنت خرجت من البيت ورايحة للمدرسة فالبنت عايزة المصروف ويظهر أن أبوها صنايعى رقيق الحال ودليل على هذا أنه منهمك فى عمله فى صنع أبواب عمارة واخد حقها وصرفه على أسرته ورغم كده فان مراته واقفه تطالبه بمصاريف البيت وهو بيقول لها ربنا يسهل لما أخلص اللى فى ايدى علشان أجيب فلوس والبنت واقفه محتاره تروح المدرسة واللاترجع تانى وهى لسه مافطرتش والراجل مش سائل فى الاتنين ومنهمك فى عمله .. إنما عقله سرح وحيبوظ الشغل اللى فى ايده وده نتيجة انهيار اسرته ماليا .. وده يرجع إلى أن الراجل ده بيتعاطى حاجة .. وسبب حيرة مراته أنها مش حتلاقى حد يسلفها لأن جوزها مابيسددش اللى عليه ... كفاية بقى .

الصورة رقم (٣) :

الولد ده قاعد فى اوضة الجلوس بتاعته هو وأسرته ، وعمال بيعيط لأنه كان بيذاكر فى قلب الاوضة وفى أثناء مذاكرته حب يزيل ضرورة « يدخل دورة المياه » وحاول يفتح الباب بالمفتاح فالمفتاح اتكسر فى الباب

واتبول على نفسه وبعدين قعد يعيط خوفا من اكتشاف أسرته أنه تبول على نفسه وهو قاصد رغم أنه تبول على نفسه بدون قصد ومقدرش يذهب لدورة المياه والمفتاح المكسور واقع جنبه أهو وهو مش حيبطل عياط لأنهم مش حيصدقوه .

الصورة رقم (٤) :

الراجل ده حصل له انهيار عصبى لأن شريكه فى الشغل اشتبك معاه فى مشادة كلامية وده بخصوص عشيقة شريكه . وعلى فكرة شريك الراجل ده لئيم قوى وبيستغل أن الراجل اللى فى الصورة دى مضطرب عقليا . وعنده ميول إجرامية فهو جايب له عشيقته علشان تلين دماغه ويضحكوا عليه هم الاتنين وده لأن العشيقة دى على درجة كبيرة من الاغراء وده حيساعدها على أن تاكل بعقل الراجل ده وبعد كده حيكتشف أنهم ضحكوا عليه ويمكن يقتلهم وينتحر .

الصورة رقم (٥) :

الست دى سمعت صوت رب البيت بينده لها وهو راجل متدين وبيطلب منها تحضير العشاء وهو راجل متدين لأن فيه على الشفونيرة جملة مصاحف وفوقها مصحف صغير وهو بعد مايتعشى حينام بعد مايصلى ويفتكر مراته وأولاده اللى ماتوا منه فى حادثة من زمن بعيد .

الصورة رقم (٦) :

هذا الشاب فى خجل وكسوف لأنه اعترف لأمه بالذنب اللى ارتكبه وهو خسارة مالية كبيرة قوى وده بسبب عدم احتكاكه بالحياة ولأن سنه صغير والشاب ده خريج اقتصاد وغامر بصفقه ليست من ماله الخاص إنما من مال والدته – الموجودة بالصورة ، وغامر بهذا المال ليجمع منه ثروة والتف حواليه إخوان السوء وأضاعوا المبلغ منه ولما اعترف لأمه باللى حصل بان على وجهها الذهول وأنبته تأنيبا كثيرا ووعدها بأنه إذا أخذ مبلغ آخر

فأنه سيعوض لها اللى فات أضعاف مضاعفة ولكن لا جدوى من هذا الكلام فى نظر الأم ، ولما ألح عليها مرات ومرات رفضت رفضا قاطعا . ولما أشرف الشاب على هذه النتيجة فأنه سيتخلص من حياته بالانتحار نتيجة بعثرة مال أمه .

الصورة رقم (٧) :

ألا ليت الشباب يعود يوما فأخبره بما فعل المشيب .. هذه الصورة تدل على هذا المعنى فهذا الشيخ الفانى يعظ ابنه الذى قامر فى سباق الخيل بأموال والده وأموال مكتبه الذى يديره وكلما نصحه والده مرارا أن يقلع عن مراهنات سباق الخيل فقال له ياريت عقلية العواجيز المتحجرة تصل إلى عقليتنا الحديثة وكلما فتح له الشيخ موضوعا فتح له الابن موضوعا آخر حتى أنه قال له أن السبق يجرى فى عروق دمائى ولا جدوى من نصائحك الغالية . لذلك فان الرجل الكهل يتحسر على أيام زمان أيام كان الرجل الكبير إذا نصح الصغير تقبل منه النصائح فى الوقت الذى ينظر إليه هذا الشاب على أنه عجوز مخرف .

الصورة رقم (٨) :

دى صورة عامل فى منجم بمدينة ويلز بانجلترا هذا العامل قد انهار عليه المنجم وترتب على هذا الانهيار إصابة ساقيه فاضطر هذا الطبيب أن يقوم بعملية البتر بدون بنج موضعى أو كلى لتعذر وجوده فى الحال خوفا من المنجم عليه ، ولما قام بالعملية أصيب بانهيار منعه من اكمال العملية فتولى كبير أطباء مانشستر المجاور لمدينة ويلز لاكمال العملية داخل المنجم ولما انتهت العملية توقف قلب المريض فأجريت له عملية تنفس صناعى وتدليك قلبه خارجيا . ولما لم تفلح هذه الجهود اضطر الطبيب إلى فتح صدره وتدليك قلبه داخليا أو معرفة الأسباب التى أدت إلى توقف هذا القلب .

الصورة رقم (٩) :

هذه الصورة تمثل عام ١٨٩٠ يوم أن كانت الطبقة العاملة لا تحصل على أى قسط من الراحة أو الحرية الشخصية وكانوا ينامون داخل العمل على الأرض ولما طالب العمال بحقوقهم سنة ١٩٢١ لم تجاب مطالبهم فاضطروا إلى الاعتصام داخل المصنع والصورة تمثل اعتصامهم داخل المصنع وفى الوقت نفسه تمثل شخصا من طبقة صعاليك البرجوازين يسدى إليهم النصح والجدع اللى نايم على ظهره فى وسط الصورة حيمسكه ويضربه ويكتفوه لغاية ما تجاب مطالبهم .

الصورة رقم (١٠) :

الصورة دى من ولاية جورجيا السوفيتية تمثل والد وابنه هذا الوالد قد ذهب إلى شمال القوقاز يبحث عن لقمة العيش لأسرته وغاب سنين طويلة عنهم وكانت هذه الابنه التى يحتضنها فى الصورة كانت طفلة ولما رجع من رحلته وجدها شابه فى ريعان الصبا ذات حسن ودلال وازداد احتضانه لها لما عرف أن حصل زلزال مات فيه زوجته وبقية أولاده وماتبقاش غير بنته والاتنين بيعيطوا بحرقة قوى .

الصورة رقم (١١) :

ناس يتصارعون على النجاة لأنه فى هذا الوقت قد انفجرت ماسورة من باطن الأرض هرع كل منهم يطلب النجاة ولا نجاة لهم لأنهم قوم لا يؤمنون وترى الرجل يحمل ابنه لينجو به فيقع الاثنين صرعى خطيئتهم ويلقى الابن مصرعه فى سبيل ذنب لا يجنيه إلا والده وهكذا تسير الدنيا .

الصورة رقم (١٢) :

هذه الصورة تمثل منوم يحاول ابعاث الروح إلى أحد الموتى لأن هذا الميت مات قبل ما يقول لأقاربه عن مكان ثروته وهم علشان كده رفضوا يدفنوه وجابوه للمنوم وطبعا مش حيفلح المنوم فى احيائه ابدا وأهو حياخد فلوسهم منهم وخلاص .

الصورة رقم (١٣) :

ده شاب اصطاد واحدة مومس وقلعها كل هدومها ولما حاول ينام معها فشل تماما ومعرفش يعمل معاها حاجة أبدا فبقى متضايق قوى ومكسوف منها علشان كده قام بسرعة ولبس هدومه إنما هى الفاجرة استنت زى ماهى على السرير وعلشان كده هو حيسيب لها الفلوس اللى عايزاها ويطردها من البيت .

الصورة رقم (١٤) :

ده رجل عاش فى ظلمات الحياة وهو يحاول أن يفتح النافذة ليرى على طبيعتها ، فالحياة ليست قائمة فى نظر هذا الشخص الذى ينظر إلى النور عبثا لأنه قد عاش فى الظلمات وعندما هم بفتح النافذة لم ير النور ولم ير إلا الظلام وهو يحاول مرة ثانية أن يرى النور الذى تفجر من النافذة ولكن لا فائدة .

الصورة رقم (١٥) :

ده ملك الموت وقد أراد أن يحسب عدد ما قبض أرواحهم ولكنه لم يفلح فى الحساب لأنه شاخ وهرم وأصبح من الأموات ولو أنه لسه حى .

الصورة رقم (١٦) :

دى البيعة يوم خلق الله السموات والأرض وكانت خرابا وجرداء ملساء ناصعة البياض . خلق الله السموات والأرض ثم استراح فى اليوم السابع وهو يوم السبوت . أن الله سبحانه قد تندم على تلوين هذه الصورة يوم قتل قابيل هابيل من أجل امرأة التى هى أخته فتندم الله على خلق هذه الدنيا وتمنى أن تكون رقعة الأرض ناصعة بيضاء لأن الله قال يوم نطوى السماء طى السجل للكتب فالدنيا خلقت من لا شىء وستعود إلى لا شىء ناصعة البياض ليس فيها أى رتوش أو ظلال .

الصورة رقم (١٧) :

هذا الرجل مفتول العضلات قوى الجسم ينظر إلى الدنيا بتفاؤل شديد ويحاول أن يتخطى جميع العقبات وأن يصعد إلى درجات النجاح سريعا وليس درجة درجة . وغالبا أن هذا الرجل سيسقط من علو شاهق مهما ارتفع لأنه لا يصعد بالطريق الصحيح السليم وهذه نهاية كل رجل يتطلع إلى درجات النجاح سريعا .

الصورة رقم (١٨) :

الرجل ده ارتكب الجريمة الكاملة وظن أن يد العدالة السماوية والأرضية لن تمسه بسوء لأنه قد ارتكب الجريمة الكاملة ولم يترك وراءه أى دليل بجرمه الفظيع الشنيع الذى تدل عليه قسمات وجهه ، فقسمات وجهه تدل على أنه مجرم عريق فى الاجرام لقد قتل والده لأنه وقف فى صف زوجته يعنى مراة أبو المجرم وضرب زوجة أبيه انتقاما لأمه ولكن يد العناية الإلهية لابد أن تلحق به ولو كان فى بروج مشيدة لذلك فان ايدى العدالة السماوية والأرضية تمسك به من تلابيبه .

الصورة رقم (١٩) :

تمثل هذه الصورة منزل مكون من طابقين تسكنه عصابة من قطاع الطرق ويحوم حول هذا المنزل ملك الموت والجريمة والفساد وتظلل عليه الطبيعة بظلال الإجرام والقتامة ولا سبيل إلى غفران معاصى من بداخله لأنه يمثل خريف الجنة ، جنة الدنيا حينما تجىء فى الخريف وأوراق الشجر تتساقط وأوراق حياة من فيه تتساقط واحدا أثر الآخر انتقاما لإجرامهم .

الصورة رقم (٢٠) :

هذه مكانة آخر أيام الدنيا وترى فيها رجل يعتبر آخر المتبقين فى الدنيا لأنه فى الشهر السابق من تصوير هذه الصورة اختلف زعماء العالم فيما بينهم من أجل قضية السلام وفقدوا أعصابهم وانهارت ارادتهم وفتحت مخازن

الذخيرة وأدوات الدمار وألقيت على الأرض فتفجرت الأرض والسموات ولم يبق إلا عمود ورجل فالعمود قد تآكل ولم يبق إلا جزء منه يرتكن عليه هذا الرجل الذى تشوه وجهه وأصبح يمثل وجه الطبيعة التى يعيش فيها . وهذا الرجل سيعمل ولن يموت إلا بعد أن ينجب أسرة لأن العناية الإلهية قادرة على كل شىء وسيجد حتما امرأة تنجب له أناسا حتى لا ينقرض النوع أما إذا شاءت العناية الإلهية أن تكون هذه نهاية العالم فسيموت الرجل وهو واقف كما مات سيدنا سليمان .

الصورة رقم (٢١) :

قام الشخص الذى فى الوسط بارتكاب جريمة ووقف عن يمينه ملك اليمين وعن يساره ملك الشمال ونرى ملك الشمال فى خريف حياته وملك اليمين فى زهرة الحياة ، وهذان الملكان يتداولان فى شأن ذنب اقترفه هذا الإنسان الفانى الذى يعض على نواجذه ألما وحسرة ومرارة فما ذنب أولاده الذى شردهم وزوجته التى خرجت تهيم فى الشوارع وأبوه المشلول ، كل ذلك من انحرافه وتحريض زملائه ، إن أى إنسان إذا ارتكب الشر لا يسجله ملك اليسار إلا إذا تداول مع ملك اليمين الذى دائما يحاول تبرير جرم الإنسان الفانى وينظر إليهم الرجل وقد امتلأ حسرة وكمدا نتيجة أفعاله الشنعاء . وهذه نهاية كل من يعمل الشر .

ملحق رقم (و)

دراسة حالة لخمسة مدمنين من حالات البحث

يعرض الباحث فيما يلى دراسة حالة لخمسة مدمنين من عينة البحث وقد اختارهم الباحث من بين أفراد العينة بحيث يمثلون أنواعا مختلفة من الظروف والملابسات التى تساهم فى تعجيل الفرد بالدخول فى دائرة الإدمان .

الحالة الأولى

(أ) عمره ٤٧ سنة ويعمل كاتبا بمكتب أحد المحامين — متزوج منذ ٣٠ عاما ولديه سبعة أبناء ، ولدان وخمس بنات ، له ثلاث إخوة ، اثنين من الذكور وبنت واحدة . ترتيبه بين إخوته الثالث فهو أصغر الذكور كان أبوه يعمل موظفا بالقلم المدنى بدار القضاء العالى ، وكان مزواجا فأم (أ) هى الزوجة الثانية من ثلاث زيجات تزوجها الأب ، وجده لأبيه كان من كبار أطباء القصر العينى . وهم ينحدرون من ناحية الأب من أصل تركى ، وكان والد (أ) شديد القسوة مع أطفاله جميعا وبخاصة مع (أ) نفسه معللا ذلك بأنه أصغر إخوته وأنه يجب ألا يفهم أنه طفل صغير بل يجب أن يكون رجلا ، وكان للأب فلسفة خاصة فى حياته تتلخص فى تشديد العقاب مع الأطفال ومع زوجاته اللاتى كان ينتقل بينهن ، كما أنه من أكثر الناس حرصا على سمعته فلم يكن يسمح بأن تتزاور أى من زوجاته مع أى من الجيران . ولم يكن لـ (أ) إخوة أشقاء فهو الابن الوحيد أما بقية إخوته فهم غير أشقاء . كان لا يستطيع التكلم أمام أبيه أو مناقشته فى أى أمر من الأمور حتى بلغ سن السابعة عشرة . والحادثة الوحيدة التى يذكرها أنه كان قد تشاجر مع أحد أصدقائه وهو فى الثامنة أو التاسعة وبعد أن تعارك ذهب إلى المنزل وبينما هو يغتسل ناداه والده ، فظن (أ) أنه علم بموضوع المشاجرة فارتعد خوفا وتبول على نفسه ولما

عرف بحقيقة ما يريده والده « لا يذكره » ظل يبكى لفترة طويلة — دخل المدرسة الابتدائية من بعد مرحلة الرياض وفى المدرسة كان هادىء الطبع وليس له أصدقاء كثيرون إلا أنه فى كثير من الأحيان يدبر لهم المكائد لدى المدرسين وخاصة أولئك الطلبة الذين يشعر أنهم أقوى منه جسميا . وبعد حصوله على الابتدائية تعرف على إحدى بنات الجيران ، وكان يطاردها فى الشارع وهى عائدة من المدرسة أو ذاهبة إليها . فجاء أبوها يشتكيه لأبيه ويرجوه أن يضع حدا لتصرفات ابنه ، فما كان من الأب فى محاولة للتخلص من الابن ونفقات تعليمه إلا أن يأمر بأن يتزوج (أ) من هذه البنت التى أصبحت فيما بعد زوجته ، ولم يناقش (أ) والده فى ذلك وتزوج وعاش مع الأسرة لمدة سنة عينه أبوه خلالها فى مكتب أحد كبار المحامين . وكانت أول مرة يجد (أ) نقودا كثيرة معه إذ كان أبوه مقترا عليه فى المصروف وقد كان دخله فى بداية حياته من عمله ومما يدفعه له الزبائن حوالى خمسة عشر جنيها ، ويعد هذا المبلغ فى ذلك الوقت سنة ١٩٤٦ مبلغا لا بأس به . وكون « شلة » يسهر معها ويقضون الوقت على إحدى المقاهى فى لعب الورق وتدخين الحشيش وقد عرض عليه واحد من هذه الشلة أن يأخذ الأفيون لأنه أفضل من الحشيش ويساعده فى الناحية الجنسية ويعطيه متعة أكبر . وكان (أ) يكره رائحة الأفيون ويثير لديه القىء ، فقال له صديقه : ابلعها بالماء واشرب شاى بعدها . وفى هذه الليلة يقول (أ) أنه ظل متصلا جنسيا مع زوجته لمدة ساعتين واستمر منذ ذلك الحين فى تعاطى الأفيون حتى أصبحت قوته الجنسية معدومة تقريبا بعد ١٩ سنة من التعاطى . ولم تعارض زوجته فى تعاطى الأفيون فى البداية لأنه كان يقول لها أنه بدون الأفيون لا يستطيع أن يزاول عمله فى المكتب وفى المحاكم . ولما اضطربت أحواله المادية حاولت زوجته أن تقف فى وجهه ودخل المصحة لأول مرة سنة ١٩٦٤ وظل بها لمدة ستة شهور وامتنع عن إدمان الأفيون واكتفى بتعاطى الأقراص المنومة ، ولم يستطع الابتعاد عن الأفيون فعاد إليه بعد

خروجه بسنة كاملة . وعاد إليه بشراهة غير عادية بالإضافة إلى الأقراص المنومة . كل ذلك ومعارضة الزوجة مستمرة مع الارتباك المستمر فى أحواله المادية مما أدى إلى حدوث اضطراب عقلى حاد فى صورة هياج ومحاولة إيذاء نفسه والتعدى على الغير مما أدى به إلى دخول المصحة كحالة عقلية سنة ١٩٦٨ لمدة شهرين تم تشخيصه على أنه حالة فصام . خرج بعد ذلك ليعود إلى الإدمان وليدخل إلى المصحة سنة ١٩٦٩ كحالة عقلية ويظل بها شهرا واحدا ثم يخرج للأفيون ليعود سنة ١٩٧٠ كحالة إدمان ويظل بها مدة ثلاثة شهور ثم يعود إلى الأفيون ليرجع إلى المصحة سنة ١٩٧١ كحالة عقلية ويظل بها ٢٩ يوما ، كما يدخل مرة أخرى سنة ١٩٧٣ كحالة إدمان ويظل بها ثلاثة شهور ويعود مرة أخرى سنة ١٩٧٥ ؛

وطوال هذه الفترة تمكن أن يستولى على كل ممتلكات أمه وأن يجعلها تبيعها رضوخا لطلباته ، حتى أصبحت هى الأخرى لا تجد ما تقتات به وأصبحت عبئا آخر عليه وأن تشترك مع أبنائه السبعة وزوجته فى كل المعاناة التى يعانون منها من جراء سلوكه . كذلك فان والده — المزواج — لم يكن على اتصال به أو حتى توجيهه بل إنه كان فى حالة انفصال مع أمه حتى وفاته منذ ثلاث سنوات .

كذلك فان إخوته غير الأشقاء لم يتجه أحد فيهم إلى الإدمان وإنما يعيشون حياة عادية .

وهو يبرر عودته المستمرة للأفيون إلى مشكلاته الجنسية أو إلى أى ظرف يقابله وهو فى فترة الامتناع ، فى الوقت الذى يقرر فيه أن زوجته لا تهتم على الإطلاق بالموقف الجنسى ودائما ما تقول له أن اهتمامنا بتربية الأبناء أفضل بكثير من السعى وراء المتعة الجنسية كذلك فانه قرر أن سبب دخوله هذه المرة أن الأفيون أصبح مغشوشا وأصبح غالى السعر .

ويبين الجدول رقم (١) درجاته التائية فى السمات المقيسة باختبار

الشخصية متعدد الأوجه ، اختبار ساكس ، واستفتاء ماسلو ، واختبار الذكاء عند أول قياس .

جدول رقم (١)
يبين الدرجات التائية للحالة (أ) فى بعض السمات المقيسة (١)

البيـان		الدرجة ت
اختبار الشخصية متعدد الأوجه		
توهم المرض	هـ س	٥٥,٦
الأكتئاب	د	٦٢,٣
الهستيريا	هـ ى	٧٩,١
الإنحراف السيكوباتى	ب د	٦٧,٧
البارانويا	ب أ	٥٨,٧
السيكاسثينيا	ب ت	٦٠,٩
الفصام	س ك	٧٢,١
الهوس الخفيف	م أ	٧٤,٤
استفتاء ماسلو		٦٣,٠
اختبار الذكاء		٦٦,٦

البيـــان	الدرجة ت
اختبار ساكس	
الأب	٥٦,٦
الأم	٦٧,١
الأسرة	٦٤,٢
الاتجاه نحو النساء	٦٦,٦
الاتجاه نحو العلاقات الجنسية	٧٦,٧
الأصدقاء و المعارف	٥٥,٩
الزملاء فى العمل	٥٨,٦
الرؤساء	٦٥,٨
المرءوسين	٦٠,٣
المخاوف	٧٢,٢
مشاعر الإثم	٦٣,٤
الأهداف	٤٣,١
القدرات	٦٤,٠
الماضى	٦٠.٣
المستقبل	٧٢,١

(١) تم حساب الدرجات التائية منسوبة إلى عينة البحث الكلية على النحو التالى :

$ت = ٦٠ + ١٠ \frac{(س - \bar{س})}{ع}$ حيث س الدرجة الخام التى حصل عليها الحالة .

، $\bar{س}$ متوسط عينة المدمنين .

، ع الانحراف المعيارى .

ويتبين من الجدول أن أكبر الدرجات التائية فى اختبار الشخصية متعدد الأوجه هى الهستيريا والهوس الخفيف والفصام ، وهى على الترتيب ٧٩,١ ، ٧٤,٤ ، ٧٢,١ كما أنه أقل أمنا وأكثر ذكاء . وإذا نظرنا إلى نتائج اختبار ساكس لوجدنا أن أقل درجاته التائية هى الخاصة بالأهداف والأصدقاء والمعارف والأب .

وقد أظهرت نتائج اختبار تفهم الموضوع شدة حاجته إلى الأمن مع عداء شديد للأب وكراهية له . كذلك كان العدوان السائد فى قصصه هو العدوان على الذات وتدميرها .

الحالة الثانية

(ك) عمره ٤٨ سنة متزوج وله بنت واحدة ويعمل موظف حسابات بوزارة الحكم المحلى ومؤهله دبلوم صنايع تخصص برادة . له ستة إخوة ثلاثة ذكور وثلاث إناث وترتيبه بينهم الرابع . والده كان عمدة إحدى القرى وكان (ك) ابنه من زوجته الأولى التى كانت تعيش مع ضرتها الزوجة الثانية فى نفس الدوار ، وكان (ك) محبوبا من أبيه دون بقية إخوته حتى أن الأب كان لا يسمح لأحد من أبنائه من الزوجة الأولى إلى الذهاب إليه عند الزوجة الثانية إلا (ك) وكان يدلله تدليلا زائدا لكونه شبيها بالجد « والد العمدة » . ولما كان الأب متحيزا للزوجة الثانية وأولادها فانه اعتبر (ك) أحد ابنائها . ويقول (ك) أن كل الولائم كانت تعقد لدى زوجة أبى ولكن أبى كان يدعونى إليها دون بقية إخوتى ، ويذكر أن تواجد أبيه لدى امرأة أبيه كان يثير لديه الغضب والحزن والضيق ، وكان يتصنع العديد من الأسباب وهو طفل لايقاظ والده والذهاب إليه لدى زوجته ، ولم يكن الأب يضيق به أبدا على الرغم من كثرة أعماله التى يقول هو عنها أنها كانت تثير الغضب عند أى أب من قبيل الادعاء بوجود عفاريت ، وادعاء الخلاف والشجار مع إخوته ... وهكذا . وقد أدخله أبوه مدرسة القرية وأغدق فى الصرف عليه

حتى حصل على الابتدائية ثم سافر إلى القاهرة . وأصبحت الخطابات بالنسبة له دائما إنذار شؤم ذلك أن معظم الخطابات التى كانت ترد إليه تحوى المشاجرات بين أمه وزوجة أبيه وتحيز أبيه الواضح ضد أمه . وكانت الطامة الكبرى حينما قيد أبوه مصروفه وهو فى هذه الناحية يتهم زوجة أبيه بأنها هى السبب فى ذلك . وقد فشل فى دراسته الثانوية نتيجة تقييد المصروف الذى لم يعد يكفى فى مواجهة تدخين اللفافات والسهر مع الأصدقاء فتحول دون علم والده إلى المدارس الصناعية . وحصل بعد عدة سنوات من الرسوب والنجاح على دبلوم المدارس الصناعية .

ولما كان أبناء العمد فى ذلك الوقت من الذين لا يخدمون فى القوات المسلحة فقد عين بعد تخرجه بادارة الأشغال العسكرية وغير إقامته إلى القرية . وعرف تدخين الحشيش وسهراته مع رفاقه فى القرية . وتوطدت صلته بزوجة أبيه التى أرادت أن تزوجه إحدى أخواتها ، وهى الأخت الصغرى وقد وجد (ك) فى هذه الزيجة إحساسا بزيادة القرب من أبيه وتم زواجه على الرغم من عدم موافقة أمه له ، وإن كان يدعى أنها وافقت بعد ذلك وأعجبت بها . وقد تعلق (ك) بزوجته هذه تعلقا شديدا . إلا أنه قبل نهاية السنة الأولى من الزواج توفيت محترقة أثر انفجار موقد غاز فيها ولم يستطع أحد أن ينقذها ولم يستطع هو أن يبقى فى القرية وطلب نقله إلى أى مكان ، وتم له ما أراد ونقل إلى قنا بوظيفة رئيس قسم . وكان لديه أحد السعاة يستأذن منه كل أسبوع مرة فى أن يغادر المكتب مبكرا ، ولما سأله عن السبب قال له أنه يقوم بجمع الأفيون وأخذ يعدد له مزاياه ؛ كما أحضر له فى اليوم التالى كمية قليلة من الأفيون أذاب جزءا منها فى الشاى وشعر بقوة غير عادية وشراهة فى تدخين اللفافات وتدخين الحشيش ولم يمتنع عن الأفيون منذ أول مرة تعاطى له سنة ١٩٤٧ إلا سنة ١٩٦٥ أى أدمنه دون انقطاع أو محاولة للانقطاع لمدة ثمان عشرة سنة . فى هذه الفترة

ارتكب العديد من الجرائم التى لم يضبط فى أى منها وهى جرائم رشوة وكان دخله منها كما يقدر هو أكثر من ١٥٠ جنيها شهريا .

كذلك يذكر أنه كان يعمل فى القنطرة شرق وطلب منه أحد المهربين أن ينقل له ثلاثة أقات من الحشيش إلى القنطرة غرب ويتقاضى عمولة على ذلك ، وكان (ك) فى نفس الوقت محتاجا إلى المال لأنه كان سينقل إلى القاهرة ، وعلى ذلك أخذ حمولة المخدرات وباعها وهرب إلى القاهرة وأخذ ثمنها وهو ٢٧٠ جنيها لنفسه ، كذلك فانه فى هذه الفترة وبعد عشر سنوات من وفاة زوجته الأولى تزوج من أخرى تحت إلحاح أصدقائه ولم يدفع مليما فى هذا الزواج إذ أنه جعل من أبيه الواجهة التى يستند عليها وقام الأب بدفع كل تكاليف الزواج . زوجته الحالية من أسرة ذات مستوى اقتصادى أعلى من المتوسط وعلى ذلك فان أهل الزوجة هم الذين يتولون الانفاق على ابنتهم وعلى ابنته بعد ذلك وعلى الرغم من ذلك فان الخلافات بدأت مع أول يوم زواج إلى لحظة تواجده فى المصحة (يذكر الباحث أن زوجة «ك» توفيت فى اليوم التالى لخروجه من المصحة نتيجة تسمم بولينى ناتج عن تكلس الكلى) .

دخل (ك) المصحة لأول مرة سنة ١٩٦٥ وظل بها ثلاثة شهور وكان الدافع وراء دخوله المصحة عدم قدرته المادية وسوء انتظامه فى العمل ذلك أن مرتبه وما يتقاضاه من رشاوى لم يستطع أن يواجه إنفاقه على الأفيون .

ويعلل (ك) عودته إلى الإدمان ثانية بأن سببه هبوط صحته وعدم صلاحية العلاج فعاد إلى الإدمان بعد خروجه بأربعة شهور ثم عاد إلى المصحة سنة ١٩٦٨ ليمتنع عن الإدمان سنة كاملة ثم يعود إلى الحشيش ثم الحبوب المنومة ثم الأفيون ويدخل المصحة سنة ١٩٧٢ ليمتنع عنه أربعة شهور ثم يعود إليه ويدخل المصحة سنة ١٩٧٤ ويمتنع عنه مدة ستة شهور . ثم يعود إليه بشراهة غير عادية أثر وفاة والده ووالدته فى عام واحد ويبدد كل ما ورثه وهو ٣,٥ فدان ونصف منزل ريفى ليدخل المصحة فى سنة ١٩٧٥ .

أن (ك) يذكر أن الحنان الزائد الذى كان يلقاه من والده قد تحول بعدُ إدمانه إلى كراهية زائدة ، حتى أنه يدعى أن أباه قد حاول أن يستأجر أحد المجرمين لقتله والتخلص منه . كذلك فانه يذكر أنه يجد متعة فى التشاجر مع زوجته الثانية ويخيل إليه دائما كما لو كانت زوجته الأولى هى التى تتشاجر معها . أما بالنسبة لابنته فهو لا يعرف شيئا عن تربيتها سوى أنها فى مدرسة ثانوية خاصة ، وأنه فى أحد الأيام حاول أن يقوم سلوكا لها قالت له « قوم سلوكك أنت أولا » وفى هذه الليلة بالذات تعاطى جرعة أكثر من المعتاد إلى الحد الذى أغمى عليه فى الطريق وظل مرميا على الرصيف حتى الصباح بمنطقة الباطنية .

ويقول (ك) أن سبب دخوله هذه المرة عدم إمكانه شراء الأفيون لتبديده كل ما يملك .

ويبين الجدول رقم (٢) درجاته التائبة فى السمات النفسية المقيسة .

جدول رقم (٢)
يبين الدرجات التائبة للحالة (ك) فى بعض السمات المقيسة

البيـــان	الدرجة ت	البيـــان	الدرجة ت
اختبـار الشخصية متعدد الأوجه		الأسرة	٦٦,٦
هـ س	٤٣,١	الاتجاه نحو النساء	٤٩,٢
د	٧٧,٨	الاتجاه نحو العلاقات الجنسية	٤٩,٤
هـ ى	٧٩,١	الأصدقاء والمعارف	٥٠,٤
ب د	٧٦,٢	الزملاء فى العمل	٦٢,٨
ب أ	٦٢,٥	الرؤساء	٥٤,٧
ب ت	٦٢,٦	المرؤوسين	٦٠,٣
س ك	٦١,٢	المخاوف	٥٣,٥
م أ	٥٩,٦	مشاعر الإثم	٥١,٤
استفتاء ماسلو	٦٨,١	الأهداف	٥١,٣
اختبار الذكاء	٦٠,٥	القدرات	٧١,٧
اختبار ساكس الأب	٦٢,٢	الماضى	٤٥,٣
الأم	٦٠,٥	المستقبل	٧٢,١

كما أن نتائج اختبار تفهم الموضوع قد بينت أن أبطاله من النمط العصا وأن مخاوفهم شاذة وكبيرة كما أنهم فريسة للايقاع والتغرير بهم ، أما الآباء فهم مسئولون عما يحدث لأطفالهم وأنهم غير جادين كما أن الأمهات سلبيات خائفات .

الحالة الثالثة

(ع) عمره ٤٦ سنة هو الذكر الوحيد من بين ٤ أخوات إناث ، وأخواته الاناث هؤلاء ليسوا أشقاء ولكن من زوجة أخرى . لقد طلق أبوه أمه وهو مازال رضيعا إذ كان سنه وقتها أربعة شهور وذلك أثر خلافات كبيرة بينهما لدرجة أن الأم تركته مع أبيه غير آبهة بما قد يحدث له وأخذت جدته لأبيه ترضعه من الجارات أو الماعز . وظل يعتقد أن جدته هى أمه وأن أباه هو أخاه الكبير حتى بلغ من العمر ست سنوات وكان أبوه قد ألحقه بأحد الكتاتيب وبدأت أمه تسأل عنه . وأخذ يصف لجدته أوصاف تلك السيدة التى تسأل عنه وأفهمته جدته حقيقة الموقف . وكان سعيدا جدا بهذا الاكتشاف الجديد وكان يشعر بالضيق الشديد حينما تتأخر أمه التى تزوجت بآخر عن السؤال عنه ، وكانت كثيرا ما تعطيه نقودا أو تأتى له ببعض الطعام . فى هذه الفترة من عمره وكان قد بلغ السابعة من عمره تزوج أبوه وأخذه معه وماتت جدته وبدأت أخبار أمه فى الانقطاع وبدأ يهرب من الكتاب مما دفع أباه إلى أن يأخذه معه إلى المدابغ ليعمل صبيا فى نفس المدبغة التى يعمل فيها . وهو يرى أن أباه كان قاسيا وشريرا ومنعدم الانسانية إذ كان يضربه ضربا مبرحا ولا يمتنع عن ضربه حتى يفقد كل مقاومة ويتحول إلى خرقة من القماش فيقوم الأب بعد ذلك برش الماء على جسمه مهما كان الوقت صيفا أم شتاء بحجة أن يفيق . ومن الأسباب التى كانت تضاعف من قسوة أبيه زوجة أبيه التى كانت تكرهه كراهية عمياء وبخاصة لأنها لم تنجب ذكورا على الاطلاق .

ويذكر (ع) أنه من قسوة الضرب ذات مرة حرق نفسه عن طريق سكب الغاز على جسمه ولم يحاول الأب أن ينقذه وإنما الذى أنقذه صاحب البيت « رأى الباحث آثار الحروق فى الصدر وأعلى الظهر والرقبة » .

وظل الوضع على هذا المنوال إلى أن اشتد عوده وحدد مع أبيه القيمة التى يدفعها نظير أكله وشرابه . كما أنه صارح أباه بأنه ينوى أن يستقل ويفتح مدبغة لحسابه وقال له أنه سيعطيه جزءاً من أجره يوفره له حتى يستطيع فيما بعد تنفيذ ذلك المشروع . وظل كذلك حتى ادخر مع أبيه ٥٥ ج ولما طالبه بها قال له أنها صرفت وأنه ليس معه أى مليم وقام بطرده من المنزل . واستأجر (ع) غرفة مستقلة وحده .. ولم يستطع أن يعيش وحده وبدأ يسهر مع أصدقائه فى المقاهى ما بين تدخين الحشيش والاتصال بالمومسات ولا يصل إلى غرفته إلا فى آخر الليل . وقد عرض عليه أحد معارفه من كبار السن أن يتزوج ومادام حالته فقيرة فليس من الضرورى أن يتزوج فتاة لأن ذلك سيكلفه . وأن صديقه هذا يعرف إحدى المطلقات التى كانت متزوجة من رجل كبير السن وأنها اختلفت مع زوجها فطلقها . ويقول (ع) كنت فى أشد الحاجة إلى من يخدمنى وكانت حالتى المالية سيئة فوافقت على الزواج على الرغم من أنها أكبر منى بست سنوات ، ويقول (ع) : ولما كانت زوجتى مطلقة فقد أفهمنى أصدقائى بأنى لابد أن أكون المعلم وأن المطلقة غير البكر وأن لابد أن آخذ سنة الأفيون قبل النوم معها حتى أستطيع أن أطيل فترة الاتصال الجنسى .. وبدأ منذ هذه اللحظة فى تعاطى الأفيون وذلك سنة ١٩٤٩ وظل يتعاطى الأفيون باستمرار مدة ٢٥ سنة إلى أن دخل المصحة لأول مرة سنة ١٩٧٥ لمدة ثلاثة شهور أما قبل ذلك فقد حاول ثلاث محاولات بنفسه ظل منقطعا عنه فى المرة الأولى ستة شهور ثم شهرين ثم ثلاثة شهور .

لقد أنجب فى هذه الفترة ١١ طفلا توفى منهم ستة . وعلى الرغم من

عدم قيامه بواجباته المنزلية ، وبيعه فى بعض الأحيان لأثاث منزله فإنه يرى أن زوجته تحملت منه الكثير من المتاعب .

وقد مات أبوه وعنده ٢٣ سنة ورفض أن يشارك فى جنازته أو يتقبل عزاءه ، كما أن والدته توفيت وعنده ٤٤ سنة وقد قرر أنه حزن عليها أشد الحزن لأنها كانت تساعده بالنقود التى يحتاجها دون علم زوجها ولم ترفض له طلبا .

ويبين الجدول رقم (٣) الدرجات التائبة للسمات المقيسة للحالة (ع) .

جدول رقم (٣)

يبين الدرجات التائبة للسمات النفسية المقيسة للحاله (ع)

البيـــان	الدرجة ت	البيـــان	الدرجة ت
اختبار الشخصيه متعدد الأوجه		الأسرة	٤٣,١
هـ س	٤٣,١	الاتجاه نحو النساء	٦٠,٨
د	٤٨,٤	الاتجاه نحو العلاقات الجنسية	٦٣,٠
هـ ى	٣٦,٩	الأصدقاء والمعارف	٧٢,٤
ب د	٥٩,٢	الزملاء فى العمل	٤٥,٧
ب أ	٤٩,٣	الرؤساء	٦٥,٨
ب ت	٦٠,٩	المرؤوسين	٥٥,٣
س ك	٥٩,٤	المخاوف	٧٠,٣
م أ	٦٨,٢	مشاعر الإثم	٦١,٤
استفتاء ماسلو	٧١,٣	الأهداف	٧٦,٩
اختبار الذكاء	٥٢,٠	القدرات	٦٧,٠
اختبار ساكس الأب	٤٧,٣	الماضى	٧٠,٢
الأم	٦٢,١	المستقبل	٥٠,٧

والمتأمل للدرجات التائبة يلاحظ أن درجاته على متغيرات اختبار الشخصية متعدد الأوجه منخفضة بعامة بينما تعد درجته الخاصة بالطمأنينة الانفعالية مرتفعة نسبيا . أى أن الميول العصابية أو الذهانية أو الانحراف

السيكوباتى متوسطة بصفة عامة . وعلى الرغم من ذلك فانه أقل أمنا وطمأنينة من غيره . أى أننا أمام حالة لا يرتبط فيها عدم الأمن الانفعالى بالميول العصابية أو الذهانية . ويمكن أن تثار هنا مسألة هامة حول طبيعة العلاقة بين الاحساس بالأمن الانفعالى وبين الميول العصابية والذهانية والانحراف السيكوباتى ».

ويرى الباحث أن العلاقة بين الأمن الانفعالى والميول العصابية قد تكون علاقة جزئية بمعنى أن كل عصابى أقل أمنا وطمأنينة انفعالية ، ولكن ليس كل من يفتقر إلى الأمن الانفعالى عصابيا .

وقد بينت قصص تفهم الموضوع التى استجاب بها (ع) عداوة كبيرة للأب مع توقع مستمر للعقاب منه ورغبة من بطل القصة فى موت الأب وقتله ، أما بالنسبة لصورة الأم فقد بينت القصص وجود تعلق شديد ومرضى بالأم .

الحالة الرابعة

(س) عمره ٤٤ سنة متزوج وله أربعة ابناء ، اثنان ذكور ، اثنان إناث ، وله أخ واحد أكبر منه يعمل سمكرى بلدى بينما يعمل هو بائع شاى كان أبوه يعمل صرافا بالحكومة وتوفى وعمر (س) ثمانى سنوات ، كما ماتت أمه وعمره ١٠ سنوات ، ويذكر عن تلك الفترة من حياته أن أباه كان يحبه حبا شديدا ويعامله هو وأخاه أحسن معاملة . وكان دائم الاهتمام بشئون منزله وأبنائه . ويذكر (س) أن أقصى عقاب وقعه عليه والده هو حرمانه من المصروف اليومى . وقد أدخله أبوه الكتاب تمهيدا لإدخاله المدرسة بعد ذلك وعند وفاة الأب والأم انتقل (س) مع أخيه للعيش مع عمه ، وكانت زوجة العم دائمة الشكوى والشجار معهما ، حتى أن (س) كان يفضل البقاء مع جدته لأمه التى كانت صاحبة مطعم للفول والطعمية .

وكانت الجدة ترحب به وتشرف على نظافته حتى أنها كانت تقوم بمساعدته فى الاستحمام حتى سن ١٤ سنة . وكانت تجعله ينام بين أحضانها .. وقرر (س) أنه كان يجد متعة فى ذلك وجعله لا يفكر فى الذهاب إلى بيت عمه . كذلك كان (س) يساعد جدته فى المطعم بعد انتهاء اليوم الدراسى . ولما وجد (س) أن أخاه تعلم حرفة السمكرة وأن جدته هى صاحبة المطعم . فرفض أن يكون تلميذا وبدأ يهرب من الكتاب ليتسكع فى الشوارع ويلعب مع الصبية . ويذكر فى هذه الفترة وكان سنه ساعتها ثلاثة عشر سنة أن كان يلعب بالقرب من مطعم جدته مع بعض البنات والأولاد لعبة اسمها « عنكب شد واركب » وهى تشبه اللعبة المسماة بنطة الأنجليز أن قفز على ظهر إحدى البنات وكانت ممتلئة الأرداف فاستشعر لذة أعقبها انتصاب قضيبه ، ولما عاود الكرة شعر بالمنى يفرز منه وظن فى بادىء الأمر أن دما قد سال منه إلا أنه لم يجد الدم الذى يبحث عنه . وعندما سأل أحد أصدقائه الأكبر منه سنا أفهمه حقيقة الأمر . ومن يومها تحولت اللعبة إلى وسيلة للاستمناء .

ومع إهماله للمدرسة ورغبته فى قضاء الوقت بدأ يسرق النقود من جدته التى كان يعلم جيدا أين تخفى النقود . واستغل النقود فى تأجير الدراجات فى مصر ، وقد أرشده أصدقاؤه أنه لكى يطيل الفترة مع المومسات عليه أن يأخذ الأفيون . وبدأ وهو فى سن السادسة عشرة فى تعاطى الأفيون حيث كان سيودى بحياته فى أول مرة يتعاطاه فيها . وعند سن الثامنة عشرة توفيت جدته وانتقل ثانية إلى بيت عمه .. ونسى تماما فكرة التعليم وعمل «جرسونا» فى مقهى إلى أن تزوج أخوه . وانتقل ليعيش معه بدلا من الاقامة التعسة مع زوجة العم . إلا أن زوجة الأخ كانت أسوأ من زوجة العم . وحلا لهذا الإشكال طلب منه أخوه أن يتزوج وحدد له العروس بأنها ابنة عمه الذى كانا يعيشان عنده ، ويقول (س) : ورحبت بهذه الزيجة علشان يمكن تيجى امرأة عمى عندنا مرة وأطردها مثل ما كانت تعمل معنا » .

وظل على الأفيون إلى أن حاول بعد الزواج مباشرة أن يمتنع عنه وعايش كل أعراض الامتناع وذهب إلى أحد الأطباء ، وبعد الكشف الطبي سأله الطبيب إن كان يتعاطى المخدرات . ففهم (س) أن سبب ما فيه من بلاء هو امتناعه عن الأفيون فقرر الاستمرار فى التعاطى .

ولم يحاول الامتناع عنه إلا مرة واحدة سنة ١٩٧٠ لعدم وجود الأفيون فى مدينتهم . فنزل إلى القاهرة وأقام بالمصحة وظل منقطعا عنه ثمانية شهور إلى أن تشاجر مع زوجته من أجل قراره ببيع بيت كان قد ورثه من أبيه وأصر على رأيه وباع المنزل وانتقل هو وأسرته إلى حجرة يعيشون فيها وبدأ فى الإدمان مرة أخرى ، ولم يدخل المصحة هذا العام (١٩٧٥) إلا لسببين رئيسيين أولهما أن الأفيون أصبح نادرا وغاليا ، وثانيهما أن كان احد أدوية الكحة وهو «نيوكودين» كان بديلا للأفيون وكان يشرب زجاجتين فى اليوم إلا أن إمكاناته المادية لم تسمح له . فجاء إلى المصحة للعلاج .

كذلك قرر (س) أنه فى الفترة من ١٩٧٠ ـ ١٩٧٥ قد أشار عليه بعض أصدقائه أن يدعى أن عنده اكتئاب ويذهب للمستشفى الأميرى ليصرف دواء الاكتئاب لأنه يحتوى على أفيون وظل على تلك الحال طوال تلك الفترة .

ويبين الجدول رقم (٤) الدرجات التائبة للحالة (س) « القياس عند الدخول » .

ويتبين من الدرجات التائبة أن الميول الذهانية عند الحالة (س) أعلى من كل من الانحراف السيكوباتى والميول العصابية . كما أن درجته فى عدم الأمن الانفعالى عالية نسبيا .

وقد أظهرت استجاباته فى اختبار تفهم الموضوع عداء شديدا وواضحا للمرأة بعامة ولصورة الأم بخاصة كما أظهرت السلطة فى الصورة المعاقبة دائما . وتغلب على كل قصصه النهاية التعسة أو غير المتوقعة .

جدول رقم (٤)

يبين الدرجات التائية للسمات النفسية المقيسة للحالة (س)

البيـــان	الدرجة ت	البيـــان	الدرجة ت
اختبار الشخصيه المتعدد الأوجه		الأسرة	٩, ٥٤
هـ س	٧, ٦٢	الاتجاه نحو النساء	٢, ٦٤
د	٧, ٦٥	الاتجاه نحو العلاقات الجنسية	٦, ٤٦
هـ ى	٠, ٦٤	الأصدقاء والمعارف	٩, ٥٥
ب د	٩, ٥٤	الزملاء فى العمل	٦, ٦٠
ب أ	١, ٦٨	الرؤساء	٧, ٥٤
ب ت	٦, ٧٥	المرؤوسين	٣, ٦٥
س ك	٣, ٧٦	المخاوف	٦, ٥١
م أ	٢, ٦٨	مشاعر الإثم	٤, ٣٣
استفتاء ماسلو	٢, ٧٦	الأهداف	٠, ٣٩
اختبار الذكاء	٥, ٦٠	القدرات	٧, ٥٠
اختبار ساكس الأب	٠, ٦٦	الماضى	٢, ٦٥
الأم	٦, ٤١	المستقبل	٥, ٥٠

الحالة الخامسة

(م) عمره الزمنى ٤١ سنة يعمل مدرسا فى التعليم الثانوى ، وحاصل على ليسانس آداب تاريخ ، ودبلوم تربية . له سبعة إخوة .. ثلاثة ذكور وأربع إناث ، ترتيبه بينهم السادس . كان والده يعمل أستاذا للشريعة بكلية الحقوق جامعة الاسكندرية وكان الأب يتصف بالعقاب والتشدد فيه . إلا أنه على حد قول (م) : «كان عقابا من أجل مصلحتنا لأنه كان يصادقنا عندما كبرنا » ، لا يذكر (م) شيئا ذا بال عن طفولته سوى أنه كان أكثر الأبناء شقاوة . وهذا مما كان يعرضه للعقاب أكثر من إخوته . تعلم فى المدارس الأميرية حتى دخل الجامعة — جامعة الاسكندرية — وتخرج منها ليحصل على الدبلوم فى التربية ، وطوال هذه الفترة لم يختلط بأحد ولم يكن له عدد كبير من الأصدقاء وكان دائم التفوق فى دراسته فى مختلف المراحل .

وقد عين (م) مدرسا على الرغم من كراهته الشديدة لمهنة التدريس وذلك فى إحدى مدن الصعيد ، وهناك تعرف على سمسار من سماسرة تأجير الشقق الذى وجد فيه صيدا ثمينا فبدأ فى مصادقته ودعوته إلى قضاء سهرات على المقاهى ثم تدخين الحشيش ، ثم دعوته لقضاء سهرات مع بعض المومسات إذ كان هذا السمسار قوادا فى نفس الوقت . وقد أرشده هذا القواد إلى الأفيون لأنه أيضاً كان تاجر مخدرات . ويقول (م) أن تعيينى بالصعيد بعيدا عن رقابة الأهل وبخاصة أبى أشعرنى بأنى رجل مستقل أتصرف كما يحلو لى وحتى أنسى كراهيتى لعملى . وقد قرر (م) أنه عند دخوله الحصة بدون مخدر كان يخيل إليه أن هناك من سيخنقه أو يقتله أو يهدده . « وعلى ذلك أصبح الأفيون ضرورة لى لأدائى لعملى ولاتصالى بالمومسات كما أصبح الحشيش ضرورة أيضاً حتى أستطيع أن أسهر مع أصدقائى . ولما استدعيت للتجنيد ، وأصبحت ضابطا احتياطيا تعلمت تغيير طريقة أخذ الأفيون من الاستحلاب أو البلع إلى الحقن وذلك عن طريق أحد (الصولات) ولقد وجدت أن الحقن فى العضل يسبب آلاما رهيبة فغيرته إلى الحقن فى الوريد » .. وبدأ فى أسلوب التعاطى الجديد وهو الحقن مستخدما الأفيون والكودايين والمورفين وتصبح أجمل لحظة فى حياته كما يحدد (م) منظر الدم السائل من الوريد عند أخذ الحقنة الذى يعنى أنه يستطيع أن يحصل على محتويات الحقن . « شاهد الباحث بنفسه آثار الحقن على الأوردة فى جميع أنحاء ذراعيه » .

وقد ساعده على زيادة الإدمان والتوغل فيه حدثان رئيسيان هما وفاة والده وأخذ نصيبه من الميراث والحدث الثانى هو زواجه ، ذلك أن أحد أصدقائه قد عرفه بالفتاة التى أصبحت زوجته بعد ذلك . ويقول (م) أنه لم يجدها بكرا وأنه رفض أن يبلغ أهلها ولما أصرت على ذلك ذهب بها إلى أحد الأطباء الذى قرر أنها بكر وشرح الطبيب له فكرة غشاء البكارة وأنواعه ، ولكن (م) يقرر أن الطبيب تواطأ مع الزوجة . وبدأت

الخلافات تشتد بينهما احتجاجا من الزوجة على إدمانه للأفيون وسوء تصرفاته ، وطلقها بعد ثمانية شهور . وتحت ضغط أهله أعادها مرة ثانية ، ثم طلقها بعد سنة ونصف ومعها طفلاه ــ ولد وبنت ــ ولم يحاول أن يعيدها لعصمته أو أن يرى أبناءه منذ ذلك الحين من سبع سنوات .

ولم يحاول (م) الانقطاع عن الأفيون إلا فترات تواجده فى المصحات نتيجة عدم إمكانه الحصول على المخدر وهذه المرات هى فى سنوات ٦٧ ، ٧١ ، ٧٢ ، ٧٣ ولمدد تتراوح ما بين شهرين وثلاثة شهور . كما أنه دخل المصحة هذه المرة بعد أن باع جميع محتويات شقته ثم حضر إلى المصحة . وعلل السبب فى دخوله هذه المرة لعدم وجود الأفيون بالخارج ولعدم إمكانه الحصول عليه لزيادة سعره . ومن الطريف أنه يرى « آن تبيح الحكومة بيع الأفيون وذلك حرصا على مصلحة الفقراء الذين لا يستطيعون شراء الأفيون » .

ويبين الجدول رقم (٥) الدرجات التائبة للسمات النفسية المقيسة للحالة (م) « القياس عند الدخول » .

ويتبين من الجدول أنه لا يشعر بالأمن الانفعالى وأنه أكثر توهما بالمرض ، كما أن اتجاهه نحو أهدافه فى الحياة أكثر الاتجاهات سلبية . أما درجة ذكائه فهى مرتفعة .

وتبين قصص اختبار تفهم الموضوع التى استجاب بها أن البطل بعامة أكثر تعرضا للغواية والإغراء ، وأن البطل لا حول له ولا قوة فيما يحدث له كما أنه أكثر الناس وقوعا فى الانحرافات المختلفة وأن جميع من حوله ليسوا مخلصين له ويحاولون افتراسه ولا يستطيعون أن يفهموه .

جدول رقم (٥)

يبين الدرجات التائية للسمات النفسية المقيسة للحالة (م)

البيــــان	الدرجة ت	البيــان	الدرجة ت
اختبار الشخصية المتعدد الأوجه		الأسرة	٣و ٧١
هـ س	٨و ٦٩	الاتجاه نحو النساء	٢و ٧٦
د	٧و ٦٥	الاتجاه نحو العلاقات الجنسية	٧و ٦٥
هـ ى	٠و ٦١	الأصدقاء والمعارف	٩و ٤٤
ب د	٣و ٦١	الزملاء فى العمل	٧و ٤٨
ب أ	٤و ٦٤	الرؤساء	٨و ٦٥
ب ت	٨و ٥٨	المرءوسين	٤و ٥٠
س ك	٦و ٥٨	المخاوف	٢و ٥٧
م أ	٥و ٥١	مشاعر الإثم	٤و ٦٣
استفتاء ماسلو	٩و ٧٣	الأهداف	٩و ٣٠
اختبار الذكاء	٩و ٧٥	القدرات	٧و ٥٠
اختبار ساكس الأب	٤و ٥٦	الماضى	٧و ٦٧
الأم	٤و ٧٧	المستقبل	٦و ٦٢

الفهـــرس

صفحة

الفصل الثالث

الفصل الرابع

الفصل الخامس

الفصل السادس

عنوان الجدول

رقم الجدول		صفحة
١٧	الأسباب التى تدعو المدمنين لتعاطى الأفيون وحدهم	٢٠٢
١٨	الأسباب التى أدت إلى العود إلى الإدمان	٢٠٥
١٩	توزيع العقاقير الأخرى حسب نسبة استخدامها .	٢٠٦
٢٠	نوع التغير الذى يطرأ على التفكير كما قال به المدمنون .	٢١٠
٢١	نوع الأفكار المتكررة التى تلح على المدمنين بعد تعاطى الأفيون .	٢١٠
٢٢	الأساليب التى يتعامل بها المدمنون وهم تحت تأثير العقار وهم بدون العقار .	٢١٢
٢٣	نوع السلوك الذى يقوم به المدمنون وهم تحت تأثير العقار وهم بدون العقار .	٢١٢
٢٤	استجابات أفراد العينة حسب نوع الجريمة وإمكانية القيام بها أثناء التخدير وبدون المخدر .	٢١٦
٢٥	آثار الأفيون كما خبرها المدمن عند أول مرة حسب تكرار حدوثها .	٢١٩
٢٦	آثار الأفيون كما خبرها المدمن عند آخر مرة تعاطى حسب تكرار حدوثها .	٢٢٠
٢٧	الأسباب التى تدعو المتزوجين لإدمان الأفيون .	٢٢١
٢٨	المشكلات التى تدفع المدمن لتعاطى الأفيون وتكراراتها ونسبها المئوية .	٢٢٥
٢٩	النسبة المئوية للمدمنين الذين قرروا انتشار إدمان الأفيون بين فئات المهن المختلفة .	٢٢٦
٣٠	الصفات الشخصية والنسبة المئوية للمدمنين الذين قرروا تمتع المدمنين بها .	٢٢٨
٣١	قيمة المتوسط الحسابى والانحراف المعيارى لبعض المقاييس الفرعية لاختبار الشخصية متعدد الأوجه فى مرات التطبيق المختلفة .	٢٣١

